

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

193

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1908, à 1 heure

Par **Paul DESCOLA**

Contribution à l'étude

DES

TROUBLES DE LA VOLONTÉ

CHEZ LE

NEURASTHÉNIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
 LANGLOIS et CLAUDE, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

193

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

— THÈSE —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 avril 1908, à 1 heure

Par Paul DESCOLA

Contribution à l'étude

DES

TROUBLES DE LA VOLONTÉ

CHEZ LE

NEURASTHÉNIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
LANGLOIS et CLAUDE, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON(FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABRE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR BORDES-PAGÈS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

ANCIEN SÉNATEUR DE L'ARIÈGE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

MADAME MARGUERITE DESCOLA

A MON AIEULE VÉNÉRÉE

MADAME BORDES-PAGÈS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ALFRED BORDES-PAGÈS

DOCTEUR A LA MAISON DE SANTÉ DE QUATREMARES PRÈS ROUEN

A MON ONCLE

LE DOCTEUR BORDES-PAGÈS

MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITE DE LYON

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

Hommage reconnaissant

INTRODUCTION

Durant le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion de fréquenter, d'une façon suivie, des étudiants, neurasthéniques à des degrés divers ; certains d'entre eux présentaient, entre autres troubles psychiques, des phénomènes tout à fait étranges à nos yeux inexpérimentés : leur volonté était visiblement altérée, lorsqu'ils se trouvaient en face d'actes à accomplir un peu difficiles ou nouveaux ; ils hésitaient démesurément avant de prendre une détermination ; puis, quand leurs tergiversations avaient abouti à une décision, ils ne pouvaient se résoudre à l'exécuter ; ils avaient parfaitement conscience de leur faiblesse devant l'effort, le sentiment de leur impuissance les amenait à une angoisse extrême : ils auraient voulu agir et ils ne pouvaient pas. Cette altération du pouvoir volontaire ne se manifestait pas d'ordinaire d'une manière continue ; ils avaient des périodes de calme, pendant lesquelles ils récupéraient leur puissance d'action à peu près complètement ; en même temps les autres troubles neurasthéniques s'atténuaient

ou disparaissaient. Mais, sous l'influence d'un surmenage intellectuel, de chagrins, d'émotions vives, ils redevenaient des irrésolus, des faibles comme auparavant ; et il était réellement impressionnant de voir ces jeunes gens animés de désir ardent d'agir, chercher anxieusement à lutter contre l'obstacle inconnu qui les immobilisait dans une impuissance douloureuse.

Cet état psychique, dont nous ne pouvions nous expliquer la cause, nous avait intrigué au dernier des points, et nous avons résolu, dès cet époque, de consacrer notre thèse de doctorat à son étude. Mais nous ne nous rendions pas compte alors des difficultés que présentait ce sujet. Nous ne savions pas que les psychologues, les aliénistes les plus éminents en avaient fait l'objet de leurs travaux : et maintenant que nous avons passé en revue, bien incomplètement cependant, ces œuvres remarquables, où l'état que nous désirons décrire se trouve analysé minutieusement, dans ses détails les plus intimes, nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment de découragement ; nous sentons que la tâche que nous avons entreprise est bien au-dessus de nos forces, et nous nous demandons ce que nous pourrons ajouter aux descriptions si complètes que nous avons parcourues. Nous manquons de la compétence indispensable en psychologie et en médecine mentale, qui, seule, nous permettrait de nous hasarder sans trop de crainte sur ce terrain difficile.

Aussi nous hâtons-nous de déclarer, pour faire excuser notre audace, que nous n'avons pas la prétention d'apporter dans cette question des lumières nouvelles.

Notre but est infiniment plus modeste ; nous voulons résumer simplement et brièvement, les diverses opinions des auteurs qui ont étudié les maladies de la volonté chez le neurasthénique, les résultats de leurs travaux et les conclusions qu'ils nous est permis de tirer à l'heure actuelle, de ce problème encore incomplètement élucidé.

Nous insisterons plus spécialement sur la *forme légère* de l'altération du pouvoir volontaire chez le neurasthénique, sur cette forme qu'ils nous a été donné d'observer personnellement, dans laquelle le malade n'a pas complètement perdu son énergie : c'est un *faible*, à volonté sans cesse défaillante ; ce n'est pas encore un impuissant.

Mais nous ne pourrions nous borner à cette étude ; les troubles de la volonté chez le neurasthénique présentent des degrés très variables, des formes très diverses, qui sont reliées entre elles par des transitions insensibles ; aussi serons-nous amené progressivement à parler des cas plus graves, dans lesquels le malade est entièrement *dépourvu de pouvoir réactionnel* ; malgré tous ces désirs il demeure sans force devant l'obstacle à vaincre ; un pas de plus et c'est une masse inerte, un individu convaincu de son impuissance à lutter et se laissant entraîner passivement par son mal.

Le plan de notre étude sera le suivant : nous passerons tout d'abord en revue, sans trop insister, les *différents travaux* qui ont été faits sur les maladies de la volonté. Puis nous chercherons à déterminer ce qu'il faut entendre par *volonté* et *aboutie* ; nous nous demande-

rons comment il est possible d'interpréter les phénomènes pathologiques qui nous intéressent, et quelle est la théorie *pathogénique* qui satisfait le mieux l'esprit.

Nous étudierons ensuite brièvement le *terrain* sur lequel se développe l'aboulie, et nous passerons au chapitre le plus important : la *description clinique*, que nous développerons plus spécialement.

Nous indiquerons dans le chapitre suivant quelques *variétés d'aboulies* qui se rapprochent de la forme neurasthénique, bien qu'elles en diffèrent par des points importants.

Puis, après quelques mots consacrés au *pronostic* de ces états pathologiques, nous envisagerons quel est le meilleur *traitement* à leur opposer.

Nous ferons suivre notre étude de quelques *observations* personnelles ou empruntées à différents auteurs, observations qui nous ont paru particulièrement propres à mettre en lumière les aspects si variables que peuvent présenter les aboulies neurasthéniques.

Enfin, nous résumerons en quelques phrases les *conclusions* auxquelles nous avons cru devoir nous arrêter.

Mais avant d'entreprendre notre sujet, nous tenons à remercier les nombreux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales, et dont nous avons recueilli les enseignements dans les Facultés de Lyon, de Montpellier et de Paris. Interne pendant un an dans les hôpitaux de Nîmes, nous n'avons eu qu'à nous louer de nos chefs de service qui nous ont témoigné beaucoup d'intérêt et de bienveillance en nous faisant profiter de leur science clinique. A Paris, nous avons été

l'élève de M. le D^r Broca, qui nous a initié à l'art difficile de la clinique infantile.

Que tous nos maîtres reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance, nous n'oublions pas ceux dont les travaux nous ont permis de mener à bien notre étude et nous mentionnerons en particulier MM. les professeurs Raymond et Janet.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à M. le D^r Fay pour le concours précieux qu'il nous a apporté dans notre travail, en mettant à notre disposition ses connaissances étendues en médecine mentale.

Enfin nous exprimons à M. le professeur Joffroy notre profonde gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les auteurs qui ont étudié les troubles de la volonté sont très nombreux. Aussi, ne voulant pas allonger démesurément ce chapitre, nous bornerons-nous à rappeler les ouvrages de quelques-uns d'entre eux.

En 1837, LEURET, publie l'observation d'un malade aboulique, qu'il classe, non sans hésitation, dans le groupe des hypochondriaques.

En 1843, ESQUIROL, fait remarquer, avec observation à l'appui, que chez certains lypémaniaques, on trouve une altération de la volonté : s'ils veulent, ils sont impuissants à exécuter.

En 1847, BILLOD rapporte deux observations de troubles de la volonté d'action.

GUISLAIN à son tour, décrit, en 1852, les troubles de la volonté d'arrêt et de la volonté d'action.

MOREL, en 1866, publie une observation d'aboulie, poussée à l'extrême.

C'est en 1883, que parut l'ouvrage de RIBOT sur les *Maladies de la volonté*. Cette étude, d'une psycho-

logie très subtile, contient un certain nombre d'observations d'aboulie, empruntées à divers auteurs.

En 1885 MAGNAN communique à la Société médico-psychologique, l'observation d'une femme qui, tantôt ne pouvait se lever, tantôt ne pouvait s'asseoir, bien qu'elle fit effort pour accomplir ces actes. Il donne le nom *d'aboulie* à cette impossibilité d'accomplir un acte, malgré l'effort.

En 1886, DÉJÉRINE, dans sa Thèse d'agrégation, décrit ainsi ce trouble de la volonté : « C'est un phénomène
« d'arrêt, dont souffrent cruellement les malades, et
« qui les empêche d'exécuter leur volonté. Le mot
« *d'aboulie* ne vise nullement les états de faiblesse de
« la volonté si fréquents chez les dégénérés. L'abouli-
« que veut réellement, mais une force irrésistible l'em-
« pêche d'exécuter sa volonté. Cette lutte s'accom-
« pagne d'anxiété énorme et finalement reste sans
« résultat. »

C'est en 1886 également que paraît la thèse de LANGLE, ou il distingue entre l'aboulie, ou *non-vouloir* de l'inhibition ou *non-pouvoir*.

Son maître COTARD, dans sa publication de la même année à la Société médico-psychologique, arrive aux mêmes conclusions.

RÉGIS fait un cours en 1888 à la Faculté de médecine de Bordeaux sur les troubles psychiques de la neurasthénie. Il publie dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* (1888) l'exposé d'un classement méthodique des maladies mentales ; il réserve une place à l'aboulie neurasthénique.

En 1889, PAULHAN publie une étude sur *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*.

Deux ans après (1891) RÉGIS fait une communication à la Société de médecine de Bordeaux (qu'il publie dans la deuxième édition de son *Traité de médecine mentale*). Nous n'indiquerons pas ici sa théorie que nous étudierons plus loin à propos de la pathogénie de l'aboulie.

La même année, P. JANET publie dans la *Revue philosophique*, une observation très détaillée d'un cas d'aboulie à manifestations multiples. Il en déduit une théorie pathogénique des altérations de la volonté ; théorie que nous rapporterons à la suite de celle de Régis.

BOUVERET, à la même époque fait paraître son livre sur *la Neusrathénie ou Epuisement nerveux*. Il signale l'*aboulie neurasthénique* : « L'affaiblissement
« de la volonté... est la note caractéristique de l'état
« mental du neurasthénique. Le malade ne sait plus
« suivre la voie qu'il s'est tracée. Tout obstacle l'arrête
« et le décourage au lieu de redoubler ses efforts. Il
« s'abandonne à lui-même.... Beaucoup de neurasthéniques ne peuvent prendre une décision, même quand
« il s'agit d'une affaire de minime importance.... Il arrive parfois que la seule pensée qu'ils vont prendre
« une décision les jette dans une véritable anxiété. »
C'est aussi en 1891, que RIVIÈRE fait paraître sa thèse, sur *l'Étude clinique des aboulies, et en particulier de l'aboulie neurasthénique*. Il s'attache surtout à la théorie de RÉGIS et à celle de P. JANET.

En 1892, RAYMOND ET ARNAUD publient dans les *Anna-*

les médico-psychologiques une étude « Sur certains cas d'aboulie ». Ils s'attachent à mettre en lumière une forme qu'ils intitulent « folie du doute, avec délire du toucher ».

En 1898, paraît le livre de P. JANET sur les *Psychoses et Idées fixes*. Il y rappelle l'observation qu'il avait déjà publiée dans la *Revue philosophique*.

La même année GILLES DE LA TOURETTE, dans son ouvrage : *États neurasthéniques*, signale la difficulté chez le Neurasthénique de passer de la conception à l'exécution. Il décrit l'impossibilité de l'effort chez ces malades et l'angoisse qui accompagne cette sensation d'impuissance.

En 1898, LÉVY publie une thèse sur l'*Éducation de la volonté* et l'influence de l'auto-suggestion sur les actes volontaires. Nous en reparlerons à propos du traitement de l'aboulie.

En 1899, LERMOYER, publie dans la *Revue neurologique* une étude sur un cas d'aboulie systématisée.

L'année suivante, FERRARINI, signale une *aboulie cyclique d'origine psychasténique*; c'est l'observation d'un paysan, qui possédait pendant vingt-quatre heures son activité normale, puis devenait aboulique au point de ne pas s'alimenter pendant les vingt-quatre heures suivantes.

M. DE FLEURY, fait paraître dans le *Bulletin de la thérapeutique* de 1900, une étude sur l'état mental du neurasthénique et son traitement. Il insiste sur l'importance de la *parésie de la volonté*, qui joue le plus grand rôle dans la genèse des accidents. Tout en re-

connaissant que la diminution fonctionnelle des cellules cérébrales est la cause primordiale de la neurasthénie, il insiste sur les troubles physiques consécutifs, qui réagissent sur les centres nerveux, augmentant leurs désordres ; par suite, le traitement de la neurasthénie sera surtout un traitement physique.

Cette communication soulève de nombreuses discussions, en particulier de la part de ROBIN, pour qui la neurasthénie est un syndrome à pathogénie variable. Pour lui le traitement sera surtout pathogénique.

En 1903, DUTIL, publie dans le *traité Charcot-Bouchard* une étude clinique sur la neurasthénie, qui nous a été d'un précieux secours dans notre étude, ainsi que celle de BALLET, à propos des stigmates de dégénérescence.

M. DE FLEURY dans son *Introduction à la médecine de l'esprit* (1903) étudie une aboulie particulièrement intéressante : *l'aboulie des paresseux*. Nous en parlerons dans le chapitre des formes cliniques des maladies de la volonté.

L'ouvrage intitulé *Les Psycho-névroses et leur traitement moral*, leçons faites à l'Université de Berne, par DUBOIS, s'oppose aux doctrines de M. DE FLEURY, touchant le traitement des psycho-névroses. Pour lui, le traitement doit avant tout être moral.

PAULHAN, dans son livre sur *La Volonté* (1903), étudie en détail l'acte de la volition, ses variétés, ses anomalies, etc. L'étude de l'irrésolution neurasthénique sera pour nous une occasion de rapporter quelques-unes de ses idées.

Nous insisterons particulièrement sur l'ouvrage de PIERRE JANET (*Obsessions et Psychasténies*, t. I et II, ainsi que sur celui de RAYMOND (*Névroses et psychonévroses*).

Leurs théories, qui bouleversent un peu les idées admises jusqu'à maintenant, sont d'un intérêt captivant; l'état mental des neurasthéniques, ou plutôt des *psychasténiques* (nous verrons plus loin la signification qu'il convient d'attacher à ce néologisme), y est analysé avec une finesse remarquable, dans ses plus intimes détails. Nous avons lu avec un grand intérêt, ces divers ouvrages, et nous y avons trouvé les principaux éléments de notre thèse; nous en avons extrait quelques observations que l'on trouvera à la fin de cette étude.

Nous regrettons de ne pas pouvoir exposer en détail, les théories de ces auteurs éminents: nous en donnons un simple aperçu à propos de la pathogénie de l'aboulie.

Signalons enfin, pour terminer notre historique l'ouvrage de M. A. DESCHAMPS, sur *Les Maladies de l'énergie*, et celui de DUBOIS, de Berne, sur *l'Éducation de soi-même*.

LA VOLONTÉ ET L'ABOULIE

« La volonté est le pouvoir d'agir en connaissance de cause. »

Cette définition d'ARISTOTE nous a séduit par sa clarté et sa précision. Nous ne nous dissimulons pas, du reste, qu'on pourra lui opposer de nombreuses objections. Rien n'est plus difficile que de déterminer avec exactitude en quoi consiste l'acte si compliqué de la volition. Les philosophes sont loin d'être d'accord sur le sens à lui attribuer, et les théories qu'il a soulevées sont très nombreuses. Notre intention n'est pas de les passer en revue. Cela nous entraînerait bien loin du sujet que nous voulons traiter. Nous aurions à discuter les idées que Ribot expose dans son livre sur *Les Maladies de la volonté* ; nous aurions à résumer celles de Paulhan, qu'il développe longuement dans son ouvrage sur *La Volonté*. Il faudrait que nous consultations successivement, toutes les œuvres philosophiques qui cherchent à expliquer ce qu'est en réalité l'acte volontaire.

Nous serions amené malgré nous à aborder les grandes théories du Déterminisme et du Libre arbitre.

Mais nous n'effleurons même pas ces sujets complexes. Ce que nous cherchons, c'est une définition nette qui nous permette la facile intelligence des pages qui vont suivre ; et nous nous arrêtons à celle d'ARISTOTE.

Donc la volonté est une puissance, une force ; et cette force peut se manifester de deux façons : elle peut agir dans le sens du désir, pour le réaliser ; c'est la *volonté d'action* ; ou bien, elle peut agir en sens opposé, empêchant le désir de se traduire en acte : c'est la *volonté d'arrêt*. C'est l'opinion de PAULHAN, pour qui « l'homme satisfait ses désirs et se conduit suivant ses idées. » C'est aussi celle de RIBOT qui admet que « la volition se traduit par une action ou par un arrêt. »

L'acte volontaire (que nous étudierons en détail plus loin, à propos de l'irrésolution neurasthénique) comprend trois phases : la *délibération*, la *décision* et l'*exécution*.

Nous passerons brièvement sur les *caractères* de la volonté, qui sont compris d'une façon différente par les psychologues. Pour SPENCER, un acte n'est volontaire que s'il a été représenté dans la conscience avant d'être accompli. Pour MAINE DE BIRAN, il doit être accompagné d'une sensation particulière, qu'il appelle la *sensation de l'effet*. Pour JANET, il doit être précédé d'un jugement et en quelque sorte produit par lui. Quant à ses *conditions physiologiques*, elles sont aussi assez mal connues. RIVIÈRE rapporte dans sa thèse l'opinion de

FERRIER qui localise un *centre d'arrêt* des mouvements volontaires dans la partie antérieure des lobes frontaux. Quant aux *caractères objectifs* de l'acte moteur, ils ont été étudiés par JACCOUD qui lui attribue deux groupes de qualités : des qualités *volontaires*, variables, se rapportant exclusivement à l'acte à accomplir ; elles prennent la force, la rapidité, l'étendue, la direction. Leur centre se trouverait dans l'encéphale. En second lieu des qualités *physiques*, immuables : l'harmonie et la coordination des mouvements ; leur centre serait dans la moelle.

Mais nous n'insisterons pas sur cette étude préliminaire, déjà trop longue, car nous avons hâte d'arriver au sujet principal de notre étude, à l'*aboulie*. Qu'est-ce que l'*aboulie* ?

Au sens éthymologique ce mot (de α privatif et $\beta\upsilon\lambda\epsilon\sigma\theta\alpha\iota$ vouloir) signifie : absence de volonté. Mais sa signification clinique est variable suivant les auteurs. Pour certains, le mot *aboulie* ne s'applique qu'à un petit nombre de troubles de la volonté d'action. MAGNAN et son élève LEGRAIN ainsi que DÉJERINE, admettent qu'il n'y a *aboulie* que lorsque le malade fait effort pour accomplir un acte mais ne peut y parvenir. Pour COTARD et son élève LANGLE, l'*aboulie* consiste dans le désir de faire un acte et l'impossibilité de l'accomplir. Remarquons, avec RIVIÈRE, qu'il est difficile de savoir si le malade fait un effort ou non pour agir.

Enfin pour BALLET, on doit entendre par *aboulie* : « l'impuissance à vouloir, à se déterminer à l'acte et à l'exécuter, bien que l'intelligence conçoive l'acte à

exécuter et que le sujet ait le désir de le réaliser. »

C'est la définition de BALLET qui nous paraît la plus satisfaisante, et c'est à elle que nous nous rallions. Du reste, cette définition demande une explication, et c'est l'étude de la pathogénie qui, seule, pourra éclaircir ce phénomène assez complexe.

PATHOGÉNIE DE L'ABOULIE

Nous nous trouvons en présence de quatre théories différentes qui cherchent à déterminer la pathogénie de l'aboulie.

Pour RIBOT, l'aboulie ne peut avoir que deux causes : l'affaiblissement des centres moteurs, où celui des incitations qu'ils reçoivent. La première hypothèse « n'a aucune raison valable, ou du moins on en sait trop peu sur ce point, même pour conjecturer. » C'est à l'*affaiblissement des incitations* qu'il faut attribuer l'aboulie ; cette hypothèse est justifiée par l'expérience. Les malades se figurent désirer agir ; mais dans l'état d'apathie générale où ils se trouvent, cette impulsion, qui leur paraît vive, est au-dessous de l'intensité moyenne, d'où inaction. Si, au contraire, l'impulsion est violente, presque inattendue, le plus souvent elle agit ; un exemple entre beaucoup d'autres le prouve clairement : un malade aboulique retrouve son énergie pour sauver une femme en danger. Si ces malades ne peuvent vouloir, c'est que les objets qu'ils conçoivent

n'éveillent en eux que des désirs insuffisants pour les pousser à l'action. Donc, la cause est un affaiblissement général de la sensibilité, c'est la vie affective, la possibilité d'être ému qui est atteinte.

POUR LANGLE et COTARD, il faut distinguer l'*aboulie*, qui est le *non-vouloir*, de l'*inhibition*, qui est le *non-pouvoir*. L'*aboulie* reconnaît deux causes : le *défaut de désir* et l'*impuissance à agir*. Par suite, l'activité psychique comprend un *moi* et un *non-moi*. L'*aboulie* est une altération du moi. L'*inhibition* semble provenir des régions extérieures au moi. Toutes les maladies de la volonté ne reconnaissent donc pas pour cause un manque de désir.

RÉGIS distingue les altérations de la *volonté d'arrêt* et de la *volonté d'action*. La volonté comprend trois éléments : l'*excitation*, la *fonction d'arrêt* et la *fonction motrice*. A l'état normal, ces trois forces se font équilibre. Si l'équilibre se détruit la volonté est altérée, et différents cas peuvent se présenter :

a). — Si la lésion porte sur l'*élément exciteur*, les forces réactionnelles restant les mêmes : ou l'*excitation* est trop forte, et il se produit un acte irrésistible, une *impulsion*. Ou l'*excitation* est trop faible ou nulle, et l'activité est suspendue, c'est l'*aboulie*.

b). — Si la lésion porte sur l'*élément réactionnel*, l'*excitation* restant normale : ou bien la *force d'arrêt* est atteinte, et il en résulte un acte irrésistible, une *impulsion* ; ou c'est la *force motrice* qui est touchée, d'où *aboulie*.

Les lésions de la volonté par *trouble de l'excitation*

centripète se rencontrent dans les *folies* caractérisées par l'exagération ou la diminution de la sensibilité : hallucinations, mélancolie. Les lésions dues au *trouble de la réaction centrale* sont le propre des maladies à épuisement nerveux : *Neurasthénie*.

Par suite, l'impulsion des folies systématisées provoquée par une réaction sensorielle violente, comme l'hallucination, est spontanée et intense. L'impulsion du neurasthénique, par défaut d'arrêt central, s'accompagne d'une résistance plus ou moins longue. Quant à l'*aboulie*, le seul phénomène qui nous intéresse ici, elle sera *inerte*, passive et indolente chez le *mélancolique* qui n'est pas sollicité à agir par des excitations périphériques : *non-vouloir* ; au contraire, elle sera *émotive*, douloureuse, angoissante, chez le *neurasthénique* qui, sollicité d'agir par des incitations normales, s'épuise pour le faire en efforts superflus, ayant perdu sa volonté d'action.

Et RÉGIS conclut que les *obsessions neurasthéniques* sont des lésions de la volonté par trouble de la réaction centrale. On peut les diviser en impulsions ou aboulies, suivant que la force d'arrêt ou la force d'action est atteinte plus spécialement.

PIERRE JANET réfute la théorie de RIBOT. Il fait remarquer, en effet, que les états affectifs, les émotions, ne sont pas les seuls à produire un mouvement, et que tous les phénomènes psychologiques (image visuelle, pensée, etc) sont psychomoteurs, peuvent déterminer aussi le mouvement. De plus, l'*aboulie* n'existe pas à l'état de symptôme isolé, mais elle s'accompagne de

mouvements automatiques nombreux, d'une très grande suggestibilité, d'idées fixes, d'impulsions. Comment l'absence de désirs amenant l'aboulie, amènera-t-elle des idées fixes et des impulsions ? Enfin les abouliques sont souvent très susceptibles, très émotionnables, passionnés ; ils ne présentent donc pas l'affaiblissement de la sensibilité que leur attribue RIBOT.

L'explication de JANET est la suivante : plus un acte est nouveau pour l'aboulique, plus il lui est difficile de l'accomplir. Si le malade ne comprend pas ce qu'il voit, ce qu'il lit, ce qu'il entend, ce n'est pas que la sensation visuelle, auditive, la mémoire, l'association des idées (au sens ordinaire qu'on attribue à ce mot). soient altérées ; car le malade voit, entend, se souvient. Certes, la complexité des sensations à comprendre joue un rôle ; plus cette sensation sera compliquée et plus le malade aura de la difficulté à se l'assimiler. Mais c'est surtout la *nouveauté de la synthèse* à accomplir qui joue un rôle : ainsi un aboulique comprendra bien plus difficilement un passage de livre qu'il voit pour la première fois, qu'un article déjà familier ; il accomplira avec plus de difficulté un acte nouveau ou imprévu qu'un acte coutumier. Quand cette synthèse a été une fois faite, elle se répète ensuite automatiquement : les éléments sont liés, il n'y a plus accomplir qu'une association d'idées. Et P. JANET démontre l'exactitude de ce qu'il avance en étudiant longuement un cas d'aboulie extrêmement suggestif.

Quelle est de ces quatre théories celle qui satisfait le mieux l'esprit ? Nous n'osons trop nous hasarder à cri-

tiquer l'opinion des savants psychologues qui les ont émises. On nous reprocherait avec raison de manquer de la compétence la plus élémentaire. Cependant, s'il nous est permis de rapporter ici notre modeste opinion, il nous semble que la théorie de RIBOT ne peut pas s'appliquer à tous les cas. Si le mélancolique, en effet, semble être un aboulique par affaiblissement général de la sensibilité, peut-on en dire autant du neurasthénique angoissé et à sensibilité démesurément développée. La théorie de RÉGIS est séduisante par sa clarté et sa précision mathématique ; et dans les formes relativement peu graves de l'aboulie, dans celles sur lesquelles nous avons l'intention d'insister particulièrement, quand il s'agit d'un épuisement nerveux passager, accidentel, sur un terrain peu touché par les tares héréditaires, il nous paraît alors logique de rattacher les défaillances, les faiblesses de la volonté à la diminution de la puissance cérébrale : elle est frappée d'asthénie, et ne peut, par conséquent, jouer son rôle de force d'action avec autant de puissance que sur un organisme non débilité. Elle nous explique alors l'aboulie particulièrement émotive, douloureuse, angoissante, du neurasthénique qui voudrait agir et qui ne le peut pas.

Enfin la théorie de P. JANET doit s'appliquer aux formes graves de l'aboulie, dans lesquelles l'influx nerveux est sérieusement affaibli, insuffisant pour permettre au malade d'opérer des efforts de synthèse nouvelle, lui rendant difficiles tous les actes nouveaux.

ETIOLOGIE

Nous avons dit, dès le début de cette étude, que notre intention était de nous occuper spécialement des *aboulies neurasthéniques*.

Mais nous devons nous demander avant tout ce qu'il faut entendre par *neurasthénie*: Ce terme désigne, en effet, des états variés et souvent dissemblables, qui ne sont pas interprétés d'une façon identique par tous les auteurs ; essayons donc de préciser nos idées sur ce sujet.

On doit entendre par neurasthénie, dit DUTIL, une maladie générale du système nerveux, sans lésions connues, qui semble provenir d'un épuisement, d'une faiblesse irritable des centres nerveux, dont la nature et le mécanisme demeurent ignorés; elle se traduit par un certain nombre de symptômes fondamentaux, ou *stigmates*, et par d'autres troubles variables et diversement associés, pour la plupart subjectifs.

On est généralement d'accord pour admettre qu'il existe une neurasthénie *acquise*, développée sous l'in-

fluence de causes accidentelles, telles que le surmenage cérébral, les passions dépressives, la peur, les traumatismes. Pour RAYMOND ce n'est pas une entité morbide, une maladie nettement circonscrite, mais c'est un ensemble de symptômes, liés tantôt à un état fonctionnel, tantôt à une maladie organique nettement déterminée. Elle apparaît surtout à l'âge adulte ; la prédisposition héréditaire, si elle existe, est peu marquée ou nulle. Ajoutons que c'est la forme la plus facilement curable. Les troubles psychiques sont simples, généraux, élémentaires, traduisant la dépression nerveuse considérée dans les fonctions générales : instabilité, fatigue rapide, inquiétude, émotivité, émotions pénibles. Les malades peuvent présenter des phénomènes plus graves : obsession, phobies, idées fixes, mais ils sont d'ordinaire beaucoup moins marqués que dans les formes que nous étudierons plus loin.

L'aboulie manque rarement dans la neurasthénie acquise ; on peut observer tous les degrés, depuis l'irrésolution morbide jusqu'à la forme systématisée ou totale de l'aboulie.

Passons maintenant à une forme plus grave de la neurasthénie ; c'est ici que les divergences vont apparaître.

POUR GILLES DE LA TOURETTE, BOUVERET, DUTIL, BALLET, etc., il faut distinguer parmi les formes cliniques de la neurasthénie une variété tout à fait spéciale : la neurasthénie *héréditaire* ; elle est caractérisée, comme son nom l'indique, par l'hérédité nerveuse qui a préparé le terrain, par l'état mental qui domine la situa-

tion, par les impulsions, les obsessions, les phobies etc., qui sont particulièrement marquées. Son apparition est précoce, sa durée longue et elle est parfois rebelle au traitement. L'aboulie peut se manifester d'une façon bien plus intense que dans la forme précédente, et arriver jusqu'à l'inertie absolue.

Telles sont donc les deux variétés les plus intéressantes de la neurasthénie. A côté de l'aboulie neurasthénique, BALLET fait une place pour l'*aboulie des dégénérés* ; il classe sous cette dénomination des êtres psychiquement et souvent physiquement anormaux, atteints d'infériorité cérébrale, de déséquilibration mentale ; le développement régulier de leur système nerveux a été entravé par des causes morbides, héréditaires le plus souvent, individuelles parfois. Ils présentent à l'état permanent des tares intellectuelles et morales faciles à découvrir dès le jeune âge ; ces tares vont de la simple exagération de l'état nerveux, à l'idiotie, dernier échelon de la dégénérescence. Ils présentent des anomalies de l'intelligence, du sens moral, enfin (et c'est ce qu'il nous importe surtout de retenir) des *anomalies de la volonté et de la sensibilité* : celles-ci se caractérisent par des impulsions et des *obsessions*, et c'est parmi ces dernières que BALLET place l'aboulie. Celle-ci est donc une obsession d'un genre particulier, et elle en présente tous les caractères : elle est *consciente*, elle s'accompagne d'*angoisse*, qui fait place à une sensation de soulagement et de satisfaction quand l'obsession est vaincue, enfin elle est *irrésistible*.

Mais, nous dira-t-on, il ne s'agit plus là d'une aboulie

neurasthénique ; nous sortons des névroses pour entrer dans les psychoses.

Nous répondrons à cette objection que la transition entre ces deux états se fait d'une façon insensible ; et nous nous appuierons pour le démontrer sur la théorie de RAYMOND et JANET. Ceux-ci admettent bien la forme de la neurasthénie *acquise*, que nous avons étudiée plus haut. Mais ils ne parlent pas de neurasthénie *héréditaire*, qu'ils englobent avec les anomalies de la volonté et de l'émotivité des dégénérés, sous le nom de *Psychasthénie* : dans ce syndrome, les troubles mentaux occupent le premier plan, avec les aboulies, les phobies, les idées fixes, les tics généralisés, etc. L'hérédité joue une importance capitale dans sa production. Son apparition est précoce, dès l'enfance ou l'adolescence, sans appoint d'influence accidentelle. Les futurs psychasthéniques sont déjà des anomaux du système nerveux. La psychasthénie présente des *stigmates* permanents. Nous ne pouvons songer à les indiquer ici et nous renvoyons aux études captivantes de P. JANET et RAYMOND : on y verra l'importance qu'accordent ces auteurs, dans la production de cet état pathologique, aux *sentiments d'irréalité et d'incomplétude*.

Nous voyons donc que la *Psychasthénie* sert de transition entre la neurasthénie et la dégénérescence mentale. On nous pardonnera d'englober ces différents états sous le terme de *Neurasthénie*, pour la commodité de notre description ; et, lorsqu'on rencontrera ce mot dans le courant de notre étude, on le prendra dans son sens le plus général, sans chercher à lui attri-

buer une signification trop précise. Il ne faut pas attacher à la terminologie une trop grande importance, et, comme le dit BALLET, peu importe que l'on désigne cette insuffisance du psychisme sous un nom ou sous un autre, suivant que l'on envisage plus particulièrement « les conditions héréditaires, les signes de déséquilibre, ou les manifestations d'hypotension physique qui les actionnent ».

SYMPTOMATOLOGIE

Depuis les études minutieuses qui ont été faites sur les altérations de la volonté par MM. RIBOT, JANET et nombre d'autres auteurs, on connaît et très complètement la *forme grave* de l'aboulie qui accompagne les « états neurasthéniques ». (Nous prenons naturellement ce terme dans le sens que nous avons déjà indiqué plus haut, dans sa signification étendue et imprécise.) On connaît ces malades qui ont perdu plus ou moins complètement le pouvoir d'agir : ces infirmes qui sont arrêtés dans leur résolution par une force insurmontable qui les paralyse, les rend inertes devant l'obstacle à vaincre. Mais nous désirerions attirer l'attention particulièrement sur une forme d'aboulie *moins grave*, mais non moins intéressante et peut-être plus commune, c'est celle qu'il nous a été donné d'observer personnellement : il s'agit du neurasthénique qui est encore actif, capable de lutter contre la difficulté et parfois de la vaincre ; de l'aboulique que l'on pourrait presque qualifier de *volontaire*, si ces deux mots n'étaient pas inconciliables.

Celui-ci possède encore une partie de sa force d'action ; il n'est pas impotent, il continue la lutte pour la vie, il vague à ses occupations quotidiennes ; c'est le névrosé que les soucis de l'existence, les chagrins, les déboires, ont affaibli d'une manière appréciable dans sa résistance morale. Sa volonté est sans cesse chancelante, surtout lorsqu'il se présente devant lui un obstacle imprévu à vaincre, une décision un peu importante à prendre. Ce n'est pas tout à fait un aboulique, mais c'est un indécis, un *irrésolu*. Si nous osions encore employer une formule hardie, nous appellerions cet état pathologique : la forme ambulatoire de l'aboulie...

Certes, nous n'avons pas la prétention d'avoir créé un type nouveau. P. JANET, dans ses nombreuses observations, a signalé, avec bien d'autres, cette forme d'indécision d'origine pathologique. Mais les nombreux exemples que nous avons eus devant les yeux, en particulier dans le monde des étudiants, de cet état neurasthénique, nous a déterminé à cordonner les idées que l'on a déjà émises sur ce sujet. Beaucoup de gens à système nerveux affaibli ne sont pas incapables de vouloir et cependant veulent faiblement ; et, à côté de cette aboulie incomplète ils sont *scrupuleux*, sans avoir des idées fixes, ils sont tourmentés sans cesse par des *craintes* chimériques, sans avoir à proprement parler des phobies ; leur mémoire n'est pas gravement altérée et cependant ils ont de la *difficulté à fixer leur attention*...

On nous pardonnera donc de consacrer quelques pages à cette étude clinique, si délicate que nous ne

suffirons sans doute pas à notre tâche, et que notre description sera bien imparfaite. Nous la ferons suivre de l'examen de l'*aboulie grave*, de la forme classique, avant d'aborder les formes cliniques des altérations de la volonté, qui présentent aussi un grand intérêt.

Pour mieux suivre l'*indécis*, dans les différentes étapes de sa volonté chancelante, il nous a paru intéressant de le mettre aux prises avec une détermination à prendre, un acte à exécuter. Nous verrons comme il va se comporter au milieu des diverses phases de la volition, comment va se manifester l'altération de son énergie volontaire.

Prenons la description de l'acte de la volonté, d'après PAULHAN. Nous avons à considérer trois opérations différentes à accomplir : la *délibération*, la *décision* et l'*exécution*.

La *délibération* est précédée d'une phase indispensable : la *préparation*. Des tendances contraires se trouvent en présence, elles sont en conflit, il en résulte un état de trouble, un désarroi qui provoque dans la personnalité, le besoin de l'ordre et de l'harmonie. Remarquons que déjà dès cette première phase le neurasthénique constatera en lui-même un désordre de sentiments poussé à l'extrême. Les tendances, les désirs lui arrivent déformés par son imagination, avec des proportions inexactes. Nous pouvons donc prévoir dès maintenant que, les données étant fausses, le problème sera très difficile, parfois impossible à résoudre, si la délibération qui va suivre cette étape préliminaire ne rend pas à ces données leur valeur réelle.

La *délibération* fait suite à cette première phase. Normalement, c'est déjà une opération complexe. C'est, dit PAULHAN, « la mise en rapport avec le moi, avant le
« choix décisif, des tendances qui aspirent à se satisfaire
« et à diriger l'activité, des idées qui viennent contrôler
« les tendances en montrant leurs avantages ou leurs
« inconvénients, des impressions, des sentiments qui
« accompagnent naturellement ces idées et l'activité en-
« travée et commençante de ces tendances. Certains
« motifs se forment peu à peu, se compliquent par la
« réflexion... se transforment, évoluent, sont évoqués
« sous de nouvelles formes en même temps qu'ils sont
« examinés... Nous essayons un motif en l'adoptant pro-
« visoirement et en le contrôlant par la réaction de nos
« désirs et de nos idées... La délibération a pour effet de
« faire ressortir les motifs dont on n'avait pas entrevu
« tout d'abord la portée et les conséquences, »

On voit par suite que cette délibération est un acte psychique très délicat, et on comprend parfaitement qu'un homme, dont l'esprit est complètement sain, puisse éprouver des indécisions plus ou moins longues, surtout lorsqu'il s'agit de prendre une détermination difficile, sans qu'on puisse pour cela le taxer de neurasthénique, d'aboulique.

Mais cette indécision, normale, inséparable même de la délibération, se retrouve chez les neurasthéniques à un degré exagéré, et constitue alors un véritable état pathologique.

Avant de se résoudre à la délibération il faut que le neurasthénique secoue cette *indolence*, cette apathie qui

constitue un des traits essentiels de son caractère. C'est pour éviter ce premier effort que l'irrésolu reculera autant que possible le moment où il devra envisager une détermination ; il temporisera, s'efforcera de penser à autre chose. Mais tôt ou tard il va se trouver obligé de faire l'effort. Il sera alors en présence, comme nous l'avons indiqué plus haut, de tendances, de désirs divers, qui s'entrechoquent, se contrarient. Comment va-t-il faire un choix ?

La voie la plus aisée se présentera tout d'abord à son esprit. Le neurasthénique est, en effet, partisan du *moindre effort* ; cela est une conséquence naturelle de son épuisement nerveux, de son asthénie.

Mais la voie la plus aisée est loin d'être toujours celle du devoir. Il faut remarquer d'autre part, avec P. JANET, que l'irrésolu neurasthénique est un *scrupuleux*, qui a l'amour de l'honnêteté parfois poussé à l'extrême ; aussi se reprochera-t-il bientôt cette faiblesse et, repoussant ce penchant en quelque sorte physiologique vers le moindre effort, il envisagera la *décision la plus nénable* pour son organisme affaibli. Souvent alors son imagination se surexcite, lui montre combien cet effort serait méritoire et le remonterait aux yeux de son entourage, pour qui il se croit toujours *ridicule*, et surtout à ses propres yeux : le neurasthénique a, en effet fréquemment un sentiment exagéré de son incapacité physique et morale, il se *méprise* dans sa faiblesse ; on peut dire de lui qu'il est son censeur le moins indulgent ; il n'est jamais disposé à se pardonner ses défaillances, qui prennent à ses yeux les pro-

portions d'une lâcheté, d'une veulerie inexcusable.

Si, malgré tout, il ne se décide pas, il s'indigne de son irrésolution, il cherche à se déterminer par tous les moyens possibles ; parfois, pour être plus sûr de fixer sa volonté il écrira la décision qu'il a prise. Enfin, impatienté contre lui-même, se méfiant aussi de la sûreté de son jugement, il appelle quelqu'un à son aide et lui demande de décider pour lui.

Mais ce moyen ne suffit pas toujours à faire cesser ses hésitations. Les scrupules reparaissent : si le conseil de l'autre était mauvais..... ou l'induisait en erreur.....

Et la délibération se prolonge sans amener de résultat. En fin de compte, il peut se faire qu'elle n'aboutisse à aucun acte, qu'elle reste à l'état de projet. Mais c'est un cas relativement rare ; *l'irrésolu n'est pas un apathique*. Il *veut agir*, et de guerre lasse, ou bien il ne réfléchit plus sur le parti à prendre ; son *attention affaiblie* se refuse à se fixer plus longtemps sur le même sujet, et le neurasthénique préfère prendre une *décision quelconque*, que de supporter plus longtemps cette lutte des tendances ; ou bien il suit le conseil qu'on lui a donné : ses premiers scrupules, qui l'avaient empêché de l'accepter d'emblée, cèdent devant un phénomène psychique bien particulier à cet état dépressif : c'est la *crainte de la responsabilité* ; l'irrésolu cherche constamment à se dérober devant elle ; aussi lui semble-t-il que s'il a recours à une volonté étrangère, sa responsabilité en sera dégagée d'autant, aussi bien à ses yeux qu'à ceux d'autrui. Si plus tard, comme c'est

très fréquent, il regrette l'acte qu'il a accompli, ce regret sera atténué, car il lui semblera qu'il n'a pas agi volontairement, par suite qu'il n'a pas à se reprocher d'avoir pris une mauvaise détermination, puisqu'il a été influencé par un étranger.

Supposons donc que, d'une façon ou d'une autre la *décision* a été prise c'est-à-dire que, suivant la définition de PAULHAN : « Les éléments psychiques se sont « systématisés dans le sens de la nouvelle tendance, que « ceux qui s'opposaient à elle ont été inhibés, ou du « moins sont passés au second plan, impuissants désor- « mais à associer les éléments musculaires qui s'harmo- « nisent avec elle. »

Cette *décision* chez le neurasthénique sera le plus souvent *incomplète* ; elle manquera de fermeté, et le sujet le sent si bien que pour ne pas en changer, il emploie des *moyens détournés*, il brûle ses vaisseaux en proclamant bien haut, en société, qu'il a pris telle détermination, et qu'il va l'exécuter à tel moment : il se coupe ainsi la retraite, il est acculé, il faut qu'il agisse.

D'après PAULHAN, l'*exécution*, sans être un élément aussi essentiel que la *décision* ou la *délibération* dans l'acte de la *volition*, a une grande importance au point de vue psychique, car c'est un signe que la *volition* était *bien réelle* ; que ce n'était pas un simple désir peu persistant, défaillant devant l'obstacle ; et ceci est très fréquent chez le neurasthénique qui *croit vouloir*, et ne veut pas en réalité. Donc, chez lui surtout, l'*exécution* sera une preuve de la *volition* (celle-ci, étant à l'état

normal, virtuellement complète quand la décision est prise, alors même que, pour une raison quelconque, on serait dans l'impossibilité d'agir).

Comment va se comporter le neurasthénique en face de l'acte imminent? Sa décision faiblit, il a *peur d'agir*. L'action à accomplir lui paraît d'une *difficulté* énorme, insurmontable. Le *sentiment de son impuissance* vient encore paralyser son effort. Il est sûr de l'insuccès; à quoi bon agir... De plus, il *doute de ses forces physiques*, surtout s'il s'agit d'un acte à accomplir en public: des vertiges, des palpitations, d'autres troubles fonctionnels ne vont-ils pas l'arrêter pendant l'effort, le rendre ridicule aux yeux de l'entourage. Car le neurasthénique qui manque de confiance en lui a une peur constante du *ridicule*, et ce sentiment, joint à sa *timidité* ordinaire détermine l'apparition d'une *angoisse* intense, douloureuse, qui se manifeste même par des désordres physiques. Cette angoisse n'est que l'exagération de l'état d'*inquiétude* continuelle, vague, irraisonnée, qui le poursuit même dans les actes habituels de la vie, qui provoque chez lui un état de tension constante, de réaction de défense contre des dangers imaginaires: le neurasthénique se demande sans cesse si une tuile ne va pas lui tomber sur la tête!.. qu'on nous pardonne cette expression vulgaire, mais qui rend si bien la pensée.

Alors le « pauvre hère » complètement désorienté cherche à se raccrocher à un *appui* qui lui facilitera l'acte redouté. Il s'adressera des objurgations, des encouragements, il se fera honte de sa faiblesse. Mais

cette excitation personnelle sera souvent insuffisante, et le neurasthénique cherchera une main étrangère qui le poussera vers l'action qu'il voudrait tant accomplir mais qui l'effraie.

Il peut se faire qu'il recule une seconde fois ; mais à fin, poussé par le sentiment du *devoir* plus fort que son émotivité douloureuse, entraîné par *l'amour-propre* qui l'empêchera de reculer ou bien remonté, après les phases angoissantes qui l'on conduit jusque-là, à un degré de *tension nerveuse* suffisante, il arrive souvent que l'irrésolu *agit*. Il est même à remarquer qu'il agit parfois fort bien ; son imagination lui avait représenté dans l'acte à accomplir des difficultés insurmontables, il est prêt à tout, et lorsqu'il se trouve en face de la réalité, il la trouve bien moins effrayante qu'il ne l'aurait supposé.

L'accomplissement de l'acte est suivi souvent d'une *dépression* physique et morale intense, disproportionnée avec l'effort donné. Le malade se demande alors comment il a pu accomplir un tour de force semblable ; il lui semble qu'il ne sera jamais capable de le renouveler.

Cette fatigue est accompagnée à peu près fatalement d'une sensation de *regret* ; la décision n'a pas été assez nette, les tendances secondaires, refoulées par la tendance directrice de l'acte, reparaissent alors avec intensité ; les avantages de l'action accomplie disparaissent les inconvénients seuls persistent et s'exagèrent. L'aboulique regrette alors que ce ne soit pas à refaire, il regarde toujours en arrière.

Cette prévision du regret qui suivra l'acte est pour beaucoup dans son indécision. Il a *peur de l'irrémédiable*, il craint de trop s'engager, certain de regretter alors d'avoir agi de la sorte ; il se ménage des portes de sortie, il ne fait que des *demi-actes*.

Il faut remarquer que l'aboulique *tire parfois parti de son état* ; il en profite pour éviter les efforts difficiles, qui l'épuiserait, lui semble-t-il, et il se contente de dire : *je ne peux pas*, alors qu'il devrait dire : *je ne veux pas*. Mais il faut se mettre aussi en garde contre les confidences des neurasthéniques, qui se montrent souvent sous un aspect plus que défavorable, se traitant de comédiens, s'accusant de fausseté. C'est une conséquence de l'idée *d'incomplétude*, que P. JANET signale chez ces malades en y insistant fortement.

Remarquons aussi que, l'irrésolu, l'indécis, peut être un *autoritaire*, qui fait montre extérieurement d'une grande énergie. Mais ce n'est qu'une preuve de plus de sa faiblesse. Il ne peut faire l'effort nécessaire pour s'adapter aux circonstances, il veut que les circonstances s'adaptent à lui ; plongé ordinairement dans un entourage qui obéit à ses moindres désirs, il en profite pour s'épargner tous les efforts, en adoptant une routine qui ne met pas en jeu sa force de volonté réelle. Cette *faiblesse « irritable »* se manifeste aussi souvent par des *colères*, ou par de l'*entêtement* : l'aboulique a perdu sa force d'arrêt et ne sait plus résister à ses impulsions.

Nous avons peut-être trop prolongé cette description clinique. Mais elle nous paraissait si intéressante

à creuser, qu'on nous pardonnera de ne pas nous être arrêté à temps. Nous allons voir maintenant comment de cette forme simple d'*indécision*, se manifestant seulement à l'occasion des actes imprévus ou sortant de l'ordinaire, on peut arriver jusqu'aux formes les plus graves de l'*aboulie*.

L'altération de la volonté se manifeste à l'occasion des actes les plus habituels, les plus familiers de la vie courante : le malade agit avec une *lenteur* prononcée, il passera plusieurs heures pour se lever, pour faire sa toilette ; il est toujours *en retard* ; il n'arrive jamais en même temps que les autres : « rien de plus énervant, dit P. JANET, qu'un rendez-vous avec un aboulique ». Notons que ces malades *voudraient* se presser, mais s'ils essaient de le faire ils sont pris d'une véritable *angoisse* physique et morale qui arrête leur élan.

Leurs efforts deviennent *très faibles*, bien qu'il leur semble avoir dépensé un influx énorme, si bien que l'acte le plus simple les *anéantit*.

Bien que leur désir d'ordre et de précision arrive parfois jusqu'à la manie, leurs actes sont souvent *désordonnés* parce que leurs mouvements sont *maladroits*. Ils commencent un acte et *ne l'achèvent pas*. Ils ont peur de tout ce qui est nouveau, un changement dans leurs habitudes les bouleverse : c'est ce que P. JANET a appelé le *misonéisme*. Leur *timidité* arrive à un point extrême, aboutit parfois à une véritable sauvagerie : ils se renferment, ils s'isolent, bien qu'ils éprouvent un besoin intense de direction et d'affection : aussi se plaignent-ils souvent en eux-mêmes d'être des *méconnus*,

sans se rendre compte qu'ils évitent par tous les moyens de se faire connaître.

Nous arrivons ainsi à la forme la plus sérieuse de l'aboulie, à celle qu'avait en vue GUISLAIN lorsqu'il écrivait.

« Ces malades savent vouloir mentalement, intérieure-
« ment, selon les exigences de leur raison. Ils peu-
« vent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuis-
« sants à faire convenablement. Il y a au fond de leur
« entendement une impossibilité ; ils voudraient agir
« et ils ne peuvent... leur volonté ne peut franchir cer-
« taines limites ; on dirait que cette force d'action subit
« un arrêt : le « je veux » ne se transforme pas en vo-
« lonté impulsive, en détermination active. Des mala-
« des s'étonnent eux-mêmes de l'impossibilité dont est
« frappée leur volonté. Lorsqu'on les abandonne à eux-
« mêmes, ils passent des journées entières dans leur lit
« ou sur une chaise. Quand on leur parle et qu'on les
« excite, ils répondent convenablement ; ils jugent assez
« bien des choses. »

Dans cette forme, le malade *ne peut plus lutter* contre son aboulie ; il est vaincu par elle. Cette impuissance à agir peut se manifester seulement à l'occasion de certains actes spéciaux. C'est l'*aboulie partielle* qui, dans une forme fréquente, porte uniquement sur les actions ayant rapport à la profession du malade : *aboulie professionnelle*. D'autres fois le malade, malgré tous ses efforts, ne pourra se lever d'un siège : c'est l'*anostasie* de RÉGIS. Ce dernier donne aussi le nom d'*anabasie* à une sorte d'obsession inhibitoire, que KRAFFT-EBING

avait signalée chez l'un de ses malades : il s'agissait d'un prêtre qui, au moment d'officier, se trouvait subitement dans l'impossibilité de monter à l'autel, malgré son désir angoissé ; ce phénomène se produisait surtout si l'église était pleine de monde ; il suffisait à ce prêtre, pour vaincre son inhibition, de s'appuyer légèrement sur son enfant de chœur : ce faible appui lui donnait l'élan nécessaire.

Nombreuses ont été les modalités d'aboulies partielles que l'on a étudiées, impossibilité d'*aller dans telle ou telle direction*, de franchir un obstacle imaginaire, comme le malade de CABADÈ qui, rencontrant une borne sur le bord de sa route, était obligé de prendre plusieurs fois son élan pour la dépasser.

Il est à remarquer que l'aboulie se manifeste tout d'abord dans les *actes les plus nouveaux*, et ceci s'accorde bien avec la théorie de P. JANET qui fait de cet état une *difficulté de synthèse nouvelle*.

Mais, dans une autre forme, la plus avancée, l'aboulie n'est plus systématisée ; elle porte sur les actes les plus familiers, sur ceux de la vie courante. Se peigner, se laver demande des efforts considérables ; une malade n'arrivera à mettre son jupon qu'après des tentatives répétées (RIVIÈRE rapporte, dans sa thèse, un cas qui rentre dans la catégorie précédente d'aboulie systématisée : un neurasthénique ne pouvait se décider à mettre sa chaussette droite et l'aboulie ne se manifestait chez lui que par ce point assez imprévu).

Il faut remarquer, avec BALLET, que chez l'aboulique, ce n'est pas le mouvement en lui-même qui est

pénible ; le malade contracte encore très bien ses muscles ; c'est la *décision*, et peut-être aussi la conception de la série des mouvements que demande un acte pour être exécuté ; et ceci explique pourquoi l'aboulie peut être parfois *partielle*, tous les actes n'exigeant pas la même somme de petits efforts imprévus.

Cette aboulie généralisée et angoissante conduit peu à peu le malade à une *apathie*, à une inertie absolue. Le malade voit ses efforts inutiles, il se lasse et n'en fait plus. La diminution de son attention (*aprosexie*) qui l'empêche de *réfléchir*, de *lire*, de *prendre part à une conversation* suivie, l'amène à passer ses journées couché ou assis, dans l'isolement ; il cherche à ne plus rien désirer, à ne plus penser à rien. Et si une volonté étrangère ne parvient pas à suppléer à sa volonté annihilée, il s'enfoncera de plus en plus dans son marasme, avec un plaisir amer : il ne voudra plus guérir.

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Dans quels états pathologiques, autres que les états neurasthéniques peut-on rencontrer des altérations de la volonté ?...

Une forme intéressante de l'aboulie se rencontre dans la *paresse*. M. DE FLEURY, dans son *Introduction de la médecine de l'esprit* a fait de cet état psychique une étude clinique très intéressante. Pour lui, la paresse est rarement un phénomène isolé ; la plupart des paresseux, des « ralentis de la volonté » adultes, sont des *névropathes*, des dyspeptiques ou des ralentis de la nutrition. Il faut, du reste établir, une ligne de démarcation bien nette entre ceux-ci et les paresseux » qui se portent bien, que leur paresse enchante, qui n'ont de bonheur qu'à ne jamais agir ». Il est inutile, dit M. DE FLEURY, de chercher à leur venir en aide, à les guérir de leur bienheureuse apathie « car si tous devenaient énergiques au même point, la lutte ne serait plus possible tout le monde arrivant premier au but... ces âmes-là sont incurables, puisque ce sont des âmes sans

remords. Ceux qui ne sentent pas leur mal, ceux qui ne souffrent pas, ne sauraient souhaiter guérir. »

Mais il est une classe de paresseux qui sont torturés par la plaie de leur faiblesse, qui se dévorent de crainte d'avorter, qui connaissent leur mal, qui en souffrent, et sont assez humbles pour appeler à leur aide. Ces paresseux, nous le répétons, sont presque toujours des névropathes, qui ont de mauvaises habitudes de l'activité cérébrale. Leur paresse est souvent intermittente, ils attendent pour travailler l'*inspiration*, c'est-à-dire la faculté que nous avons plus ou moins suivant les moments ; de réaliser notre pensée naturellement, sans effort, de travailler facilement, avec la plénitude de notre puissance d'esprit.

Les paresseux des professions libérales sont souvent capables de *grands efforts momentanés*, séparés par de longs intervalles d'improduction, d'inactivité cérébrale. Ils demeurent oisifs, à faire des projets, attendant l'inspiration et le besoin d'argent ; de temps en temps, ils donnent un coup de collier ; c'est le joint par où les guérir : il faut changer ces élans en labeurs réguliers, modérés, sans fatigue, ce qui est réalisable.

Ces paresseux se plaignent souvent de *se fatiguer vite* de ne *pouvoir fixer leur attention* longtemps sur le même sujet. Ce sont aussi, pour la plupart, des dyspeptiques, à digestions pénibles, ils ont de l'insomnie, de l'asthénie musculaire, ils sont souvent amaigris. Bref, ils présentent l'aspect clinique atténué de la neurasthénie.

M. DE FLEURY rappelle que beaucoup de grands hommes appartenaient à cette classe de paresseux.

Alfieri, Rousseau, Dawin, Balzac, étaient atteints de cette *paresse pathologique* qui ne leur permettait qu'un travail de courte durée, qu'ils devaient interrompre par de longues périodes de repos. Ce n'étaient pas tout à fait des névrosés, c'étaient plus que des paresseux. Mais ils savaient tirer parti de cette disposition à l'indolence, du nombre d'heures limité qu'elle leur permettait. Darwin travaillait seulement une à deux heures par jour. C'était le maximum de l'effort qu'il pouvait donner.

M. DE FLEURY fait un parallèle entre les névropathes, à intelligence distraite, absorbée par des idées fixes, abîmée dans des habitudes invétérées, inconscientes, qui les placent en marge de la vie commune ; et les grands hommes, dont l'état mental est analogue, mais dont l'idée fixe est plus belle, les habitudes excellentes, qui ne gaspillent pas leurs forces mais les utilisent toutes vers un but déterminé.

Il part de là pour instituer un traitement moral, que nous ne pouvons indiquer ici et qu'il associe au traitement général des états neurasthéniques.

Dans les *intoxications chroniques* , il est fréquent de trouver aussi des altérations de la volonté.

Ainsi le *morphinomane* invétéré est souvent un être apathique, inerte, dont la volonté n'existe pour ainsi dire plus. Il est engourdi, passe ses journées couché sans avoir la force de faire le moindre mouvement, sauf cependant de lire : parfois même ce penchant à la lecture est si marqué qu'on lui a donné le nom de manie lectuaire. L'imagination peut rester longtemps active et surexcitée ; mais les conceptions demeurent sté-

riles, et les résolutions se traduisent difficilement par des actes. Remarquons la différence essentielle qui existe entre l'aboulie neurasthénique qui veut, parfois très violemment, mais dont la volonté ne peut se traduire en acte, et chez qui la conscience d'impuissance entraîne des crises d'angoisses douloureuses ; et l'aboulie de l'intoxiqué par l'opium, qui ne peut plus vouloir, bien qu'il se rende compte de son état et parfois même le déplore.

Remarquons aussi que la volonté, presque éteinte, ne se ravive que lorsqu'il s'agit du narcotique aimé ; pour si abattu que soit le morphinomane, il n'oubliera jamais sa piqûre, et si par hasard il en est privé, ses tendances contrariées aboutiront à des actes d'énergie dont on l'aurait cru incapable ; VIBERT rapporte l'observation d'une morphinomane invétérée, plongée continuellement dans une prostration complète, où rien ne semblait plus survivre en elle, à ce point qu'elle avait une incontinence des sphincters rectaux et vésicaux ; privée brusquement de ses piqûres, elle retrouve toute son énergie, se lève, fait une fausse ordonnance avec laquelle elle se procure une solution de morphine, achète une seringue de Pravaz et se fait la piqûre défendue. Fait paradoxal en apparence, le saporifique est devenu, à la longue, l'excitant de l'énergie physique et intellectuelle, mais un excitant momentané et factice.

Nous ne pouvons passer sous silence, à ce propos, l'observation de TH. DE QUINCEY, rapportée par RIBOT, et où il décrit l'état d'aboulie profonde où l'avait plongé l'abus de l'opium :

« Cet état de torpeur intellectuelle, je l'ai éprouvé plus ou moins, durant les quatre années que j'ai passées sous l'influence des enchantements circéens de l'opium. C'était une telle misère qu'on pourrait dire en vérité que j'ai vécu à l'état de sommeil. Rarement j'ai pu prendre sur moi d'écrire une lettre : une réponse de quelques mots c'est tout ce que je pouvais faire à l'extrême rigueur, et souvent après que la lettre à répondre était restée sur ma table des semaines et même des mois. Sans l'aide de M... aucune note des billets soldés ou à solder n'eût été prise et toute mon économie domestique, quoi qu'il advint de l'économie politique, fût tombée dans une confusion inexprimable. C'est là un point dont je ne parlerai plus et dont tout mangeur d'opium fera finalement l'expérience : c'est l'oppression et le tourment que causent ce sentiment d'incapacité et de faiblesse, cette négligence et ces perpétuels délais dans les devoirs de chaque jour, ces remords amers qui naissent de la réflexion. Le mangeur d'opium ne perd ni son sens moral, ni ses aspirations ; il souhaite et désire aussi vivement que jamais, exécuter ce qu'il croit possible, ce qu'il sent que le devoir exige ; mais son appréhension intellectuelle dépasse infiniment son pouvoir non seulement d'exécuter mais de tenter. Il est sous le poids d'un incubé et d'un cauchemar ; il voit tout ce qu'il souhaiterait de faire, comme un homme cloué sur son lit par la longueur mortelle d'une maladie déprimante, qui serait forcé d'être témoin d'une injure ou d'un outrage, infligé à quelque objet de sa tendresse : il maudit le sortilège qui l'enchaîne et lui

interdit le mouvement ; il se débarrasserait de sa vie s'il pouvait seulement se lever et marcher ; il est impuissant comme un enfant et ne peut même essayer de se mettre sur pied. »

L'intoxication par le *haschich* produit des phénomènes analogues. Mais dans l'intoxication aiguë, dans l'ivresse, l'aboulie peut être *limitée* : on a publié à ce sujet une observation sur un mangeur de haschich qui, au milieu de ses crises d'ivresse, ne pouvait avancer son assiette, bien qu'il en eût la volonté (GLEY, RICHEL, RONDEAU. Société de physiologie psychologique. *Bulletin*, 1885, p. 13).

L'*alcoolique* est aussi un aboulique, mais d'une nature particulière : il est *insouciant*, incapable de longues préoccupations, *instable* dans ses résolutions, changeant. Lorsqu'il a pris une décision, il passe immédiatement à l'exécution ; si un obstacle s'y oppose, il n'insiste pas et renonce à son projet facilement pour passer à un autre. Ainsi, un alcoolique après un essai de suicide qui manque son effet, ne recommence plus. Bref, c'est plutôt un *capricieux* qu'un aboulique, qui se rapprochera davantage, comme nous le verrons plus loin, de l'hystérique.

Au début ou à la fin des *fièvres graves*, il peut se manifester une aboulie qui tient plutôt à un état physique de dépression, à une altération des organes, qu'à un trouble réel de la volonté.

Ball (*Encéphale*, 1831) a signalé, sous le nom de *torpeur cérébrale*, une aboulie passagère, qui tient le mi-

lieu entra l'aboulie neurasthénique et mélancolique, et l'aboulie de fatigue, physiologie.

Le *mélancolique* est aussi un aboulique, à caractère particulier. Ce n'est plus un actif comme l'aboulique neurasthénique qui veut, ne peut pas et se désole de son impuissance. C'est un *passif*, qui ne cherche rien à vouloir, ni à agir. « Pas moyen de rien faire » nous disait à Sainte-Anne, un mélancolique accroupi dans un coin ; mais il n'y avait aucune anxiété dans cet aveu de son impuissance. Il reste, plongé dans son hypochondrie, dans sa tristesse, sans chercher à réagir, évitant les actes les plus faciles de la vie courante qui le fatigue, lui sont pénibles. Il se néglige et tend, abandonné à lui-même, à s'immobiliser au lit ou dans un fauteuil.

L'aboulie est ordinairement *générale*. Le malade a conscience de ce que sa conduite a de blâmable, mais il ne cherche pas à la modifier. Il accepte son état sans lutte.

RIVIÈRE a schématisé en trois mots cet état dépressif : c'est le *non-vouloir, généralisé, tranquille*, qu'il faut opposer au non-pouvoir, localisé, anxieux, de l'aboulique neurasthénique.

Le *paralytique général*, après sa période de suractivité mentale du début, présente un état d'*aboulie passive* très analogue à la forme précédente. Il devient incapable de toute initiative ; chez lui, les excitations ne provoquent plus que des réactions très faibles. Cette dépression peut aller jusqu'à la stupeur, dans les cas extrêmes.

Parfois, ce n'est pas la force d'action qui est surtout atteinte, mais la force d'arrêt : le malade devient un impulsif.

Les *hystériques* présentent aussi des altérations de la volonté, mais rarement complètes ; ce sont des *indécisions* continuelles, des hésitations dans leurs actes, une *absence de persévérance* dans leurs entreprises, une *suggestibilité* qui fait dépendre leur volonté de toute circonstance extérieure. Ce sont des *capricieux*, bien plus que des abouliques et l'*amnésie* est pour beaucoup dans le manque de suite de leurs résolutions.

PRONOSTIC

Il sera nécessairement variable suivant la forme de l'aboulie.

Si la volonté est simplement diminuée, mais non abolie, si l'on se trouve en présence de cet état que nous avons décrit longuement sous le nom d'*indécision*, d'irrésolution neurasthénique, si enfin le malade présente un terrain mental peu touché par les tares héréditaires, on arrivera souvent à vaincre cette altération de la force active. Il ne faut pas oublier que, dans ce cas, une des principales causes de l'aboulie, c'est la *conscience de l'infériorité physique*. Si le malade reprend confiance dans sa force de résistance corporelle, son moral s'en ressentira, et il redeviendra énergique, ayant les moyens de l'être. Nous ne voulons pas dire par là que ce sera une tâche aisée de faire un homme fort d'un irrésolu, en proie à une inquiétude continuelle de ne pas agir comme il le doit. Mais sous l'influence d'un traitement physique bien dirigé, puissamment aidé par

la psychothérapie, on pourra le plus souvent reconstituer la volonté.

Dans les *formes graves* de l'aboulie, qui font du malade un être complètement impuissant, soit en face de tous les actes, soit devant certains seulement, la tâche sera encore plus difficile. Il n'est pas toujours possible de redresser un arbre déjà bien développé, mais qui a poussé d'une façon vicieuse. L'état mental du malade sera alors solidement ancré, difficilement modifiable, d'autant plus que, comme le fait remarquer M. DE FLEURY, il arrive souvent que le « malade ne veut pas guérir. » « Il s'est si bien adapté à sa manière d'être, il a si bien « fait son lit dans sa misère, qu'il s'y tient, qu'il s'y vau-
« tre, que toute parole de consolation et d'espoir ne fait
« que l'exaspérer, tant elle contrarie le courant de ses
« idées constantes. » C'est alors que le médecin doit être vraiment un psychologue, capable de pénétrer dans l'intimité de son malade sans l'effaroucher ; et souvent, après de longs et patients efforts, il arrivera à des résultats inespérés.

TRAITEMENT

Le traitement de l'aboulie sera-t-il exclusivement physique ou uniquement moral ?

M. DE FLEURY a publié une longue étude dans le *Bulletin de la Société de Thérapeutique* (1900) sur la Neurasthénie et son traitement ; et, à la suite de nombreuses considérations que nous ne pouvons indiquer ici, il arrive à cette conclusion que le traitement des troubles neurasthéniques doit être avant tout *physique* ; on arriverait ainsi à faire disparaître les troubles mentaux avec les symptômes physiologiques. La psychothérapie sera employé concurremment, mais son importance sera secondaire, sauf dans les cas où les troubles mentaux sont trop profondément enracinés.

DUBOIS, dans ses *Leçons à l'Université de Berne*, est d'un avis opposé. Pour lui, le « Nervosisme » est avant tout un mal psychique, et à mal psychique, il faut un traitement psychique. Il est donc inutile et même nuisible de chercher à guérir le malade par le traitement

physique. C'est le moral qui est atteint, c'est à lui qu'il faut s'attaquer.

Il nous paraît logique de prendre dans chaque théorie ce qu'elle a de bon, et de nous montrer éclectique. L'aboulie neurasthénique présente des troubles psychiques associés à des troubles physiques ; nous choisirons donc la méthode de RAYMOND, et nous associerons le traitement physique à la psychothérapie.

Traitement physique. — Nous n'y insisterons pas longtemps, désirant appuyer davantage sur le traitement moral. Nous distinguerons avec M. DE FLEURY les malades qui présentent de l'*hypertension artérielle*, et les *hypotendus*.

Les *premiers*, étant sous la menace d'une intoxication (car leurs humeurs présentent un excès de toxines : acide urique, chlorure de sodium, etc.), ils seront justiciables d'un traitement spécial : il consistera dans le régime lacté exclusif pendant quelques jours ; des laxatifs ou des diurétiques légers suivant les indications ; on favorisera les éliminations par les frictions sèches et les sudations naturelles ou artificielles, par un exercice méthodique ; enfin on aura recours à la médication vaso-dilatatrice, d'après les règles posées par HUCHARD.

Si le malade est *hypotendu*, il faudra chercher à relever les forces et la nutrition, à augmenter le ton du système nerveux, à activer toutes les fonctions.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des indications : alimentation reconstituante sous un petit volume ; éviter les produits pharmaceutiques, la caféine et la kola qui ne donnent qu'une excitation passagère. Les phos-

phates et surtout les sérums salins donnent de bons résultats. Mais c'est surtout à la physiothérapie qu'il faudra avoir recours : hydrothérapie, et frictions sèches au gant de crin, bains d'acide carbonique, mécanothérapie, massage, et en particulier électrothérapie sous toutes ses formes, en accordant la préférence aux courants alternatifs de haute fréquence ; enfin la radiothérapie et les vibrations de lumière rouge sont, d'après RAYMOND, à qui nous empruntons ces indications d'excellents adjuvants du traitement.

Ces indications nous permettrons de lutter contre les troubles physiques de la neurasthénie syndrome. S'il s'agit de psychasthénie, on fera le traitement symptomatique de chaque trouble somatique. On luttera contre les troubles digestifs par un régime approprié ; on cherchera à vaincre la constipation habituelle ; s'il y a des phénomènes d'excitation, on emploiera la méthode sédative : douches tièdes, grands bains, quatre à cinq grammes de bromure (JANET). On insistera sur la physiothérapie : massage, hydrothérapie, électricité, etc. Quelques médicaments donneront de bons résultats, sérums névrosthéniques, cacodylates, arrhénal, phosphates, acide phosphorique. L'ovarine aurait donné de bons effets à PITRES et RÉGIS, et JANET conseille la thyroïdine, dont l'emploi sera attentivement surveillé.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le traitement physique, et nous passerons à la question la plus intéressante : la Psychothérapie.

Traitement moral. — Le problème de l'éducation de la volonté a fait l'objet de nombreuses études dans ces

dernières années ; nous nous contenterons de rappeler, entre autres, celles de LÉVY (Thèse de Paris, 1898) de M. DE FLEURY, de P. JANET, de PAYOT, de DUBOIS, de RAYMOND, etc. Ces diverses études nous ont fourni de précieuses indications qui vont nous permettre d'esquisser les éléments du traitement psychothérapique des aboulies neurasthéniques.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le malade est atteint d'un simple affaiblissement de la volonté ; il est susceptible de réagir, il est accessible au raisonnement ; ou bien c'est un aboulique complet, totalement impuissant à agir.

Envisageons tout d'abord la seconde hypothèse.

La tâche du médecin sera très délicate, et il n'acceptera la direction de ce traitement moral que si des études préalables ont fait de lui un psychologue expert. Il serait même bon d'après A. DESCHAMPS, que le médecin ait été lui-même neurasthénique ; il se rendrait ainsi mieux compte de l'état mental du malade qu'il va être appelé à soigner.

Avant tout, il faudra soustraire ce malade au milieu dans lequel il vit. Son entourage, en effet, ou bien ne comprend pas son état, le traite de malade imaginaire, raille ses plaintes et lui reproche de ne pas réagir, comme si ce n'était pas justement sa maladie de ne pas pouvoir lutter contre ses obsessions ; ou bien la famille, inquiète de cette maladie dont les symptômes sont si extraordinaires, augmente encore la sensation de déchéance du malade par ses sollicitudes maladroites. On *isolera* le malade de manière à l'avoir constamment « sous la main ».

La condition essentielle du traitement, c'est qu'il ait en son médecin une *confiance absolue*. C'est le point le plus difficile à obtenir, car la conviction intime de l'aboulisme est qu'il ne guérira pas, que tous les efforts pour modifier son état seront superflus. On tâchera d'en *faire son ami* en lui montrant une véritable sympathie. La première entrevue sera prolongée. On écoutera avec *patience* ses doléances, la description prolixe qu'il va faire de tous les symptômes qu'il ressent. On se gardera de chercher à lui prouver qu'il n'est pas neurasthénique et de railler ses troubles psychiques : il se considérerait alors comme méconnu par son médecin, qui doit chercher au contraire à être son unique confident. Le malade est souvent convaincu que son cas est extraordinaire, inconnu dans les annales pathologiques. Il faut lui prouver qu'il n'en est rien en lui signalant, dès le début, les principaux troubles qu'il doit ressentir. Il n'aura, par suite aucune fausse honte à découvrir son état d'âme avec toutes ses bizarreries qui lui paraissaient d'une étrangeté risible ; et il accordera au médecin, qui connaît si bien le mal dont il souffre, l'*autorité* dont celui-ci a besoin pour le conduire à la guérison. La première chose dont il faudra le convaincre c'est que son mal est parfaitement *curable*. Comme le dit DUBOIS : « le névrosé est sur la voie de la guérison quand il a la conviction qu'il va guérir ; il est guéri, le jour où il se croit guéri ». Il faudra lui expliquer patiemment la cause des phénomènes qui l'inquiètent, comment ils se sont produits, comment ils s'enchaînent.

Il faut lui démontrer que ces phénomènes *n'ont pas*

la gravité qu'il leur attribue, en accompagnant cette démonstration de *raisons légitimes*, car les malades de ce genre ont toujours peur qu'on ne les trompe par de bonnes paroles. Bref, il faudra le rassurer sur sa maladie et lui faire entrevoir l'*espoir* d'une amélioration rapide.

Ensuite, progressivement et avec une très grande prudence, *on s'attaquera à la maladie*, en combinant naturellement la psychothérapie au traitement physique. On fera faire à l'aboulique des exercices qui l'obligeront à sortir de l'apathie dans laquelle il s'était renfermée et l'arracheront à ses préoccupations morbides ; on l'amènera à des *petits efforts* très gradués pour lutter contre son impuissance volontaire ; dès qu'il aura été capable de surmonter certaines difficultés, on l'*encouragera*, et on excitera son émulation, en lui faisant constater les *résultats* déjà acquis, et en lui persuadant qu'il pourra bientôt obtenir mieux et plus. Le malade reprendra ainsi un peu de *confiance en lui*, et le rôle du médecin en sera grandement facilité. Lorsqu'on s'apercevra qu'il devient accessible au raisonnement, *on raisonnera* ses obsessions ; on lui fera comprendre combien il s'en était exagéré la portée. On *luttera contre son hypocondrie* par une saine philosophie ; il faut lui apprendre à ne pas s'abandonner à une tristesse irraisonnée, mais à se demander, dans les moments d'anxiété vague, *s'il a vraiment des raisons* pour être déprimé. Il faudra qu'il suive les conseils de Dubois, qui faisait faire à un de ses malades, chaque soir, la balance entre les événements bons et les mauvais

survenus dans la journée, et l'obligeait à reconnaître, pour sa tranquillité, que les premiers l'emportaient sur les seconds. Il faudra lui apprendre à *vouloir être bien portant*, à n'avoir, comme dit encore Dubois, que quelques casiers pour les maladies qui pourraient le frapper et à tâcher de les laisser toujours vides.

On arrivera ainsi, peu à peu, à ramener le malade à la réalité de l'existence, à reconstituer sa volonté. Cette volonté sera encore faible, mais ce ne sera plus de l'aboulie, ce sera de l'*irrésolution*. Et nous arrivons ainsi au traitement de la première forme des maladies de la volonté.

Le malade sera alors *capable de réagir*, et il faudra avoir recours à la *stimulation morale*. Nous le savons, l'aboulique neurasthénique est à la fois un *émotif* et un *scrupuleux*. Aussi ne faudra-t-il pas oublier pour l'influencer de faire vibrer la corde du *devoir*. On lui apprendra à *marcher droit son chemin* vers le but à atteindre, *sans s'arrêter aux hésitations* qui viennent l'assaillir au moment de prendre une détermination. On l'exercera à *ne prolonger une délibération*, que pendant le temps strictement nécessaire pour bien se rendre compte de la situation ; on le persuadera que, dans certains cas, au lieu de tergiverser, mieux vaut prendre une *décision médiocre* que ne pas en prendre du tout. On lui fera bien sentir la *valeur du courage moral*, et la nécessité d'avoir *confiance dans sa force* pour lutter dans la vie. Ces idées, qui au premier abord, paraissent des banalités, des lieux communs, ont une influence énorme sur la mentalité du neurasthénique. On luttera

enfin contre *l'émotivité exagérée* qui fait du malade l'esclave de ses sensations.

Bref, puisque le neurasthénique, à volonté toujours chancelante, a besoin d'un appui, d'une main qui le dirige, on aura recours à tout ce qui peut le soutenir, au point de vue moral ou intellectuel, et seule la connaissance approfondie du malade, permettra de discerner quel est le point auquel il est particulièrement sensible. Dans certains cas on pourra avoir recours, comme le conseille DUBOIS, à *l'idée stoïque*. On apprendra au malade à ne pas analyser sans cesse ses malaises, à ne pas vivre uniquement pour soi. On lui répètera au besoin la phrase de SÉNÈQUE : « Gardez-vous
« d'aggraver vous-mêmes vos maux et d'empirer votre
« position par vos plaintes. La douleur est légère, quand
« l'opinion ne l'exagère pas. Si on l'encourage en disant :
« Ce n'est rien, ou du moins c'est peu de chose, sachons
« l'endurer, cela va finir, on rend la douleur légère à
« force de la croire telle. »

Il faudra faire connaître au malade « par la raison sereine, la nécessité de s'adapter à la vie » ; on lui dira qu'il ne faut pas chercher sans cesse le bonheur, mais le devoir, et c'est seulement en envisageant la vie de cette façon qu'il perdra cette sensation continuelle d'anxiété et de tristesse qui le poursuit. Enfin il ne faut pas oublier que chez les neurasthéniques croyants, la Foi religieuse est d'un grand secours pour lutter contre les défaillances de la volonté. Comme le dit DUBOIS : « Celui qui se sent soutenu par Dieu... peut succomber sous les coups d'une maladie physique ;

mais moralement, il reste debout au milieu de la souffrance ; il est inaccessible aux émotions pusillanimes des névrosés ». Nous rapportons un exemple de l'influence de la religion, dans une de nos observations.

Il nous reste à rappeler brièvement les méthodes qu'ont préconisé LÉVY et PAXOT pour l'Éducation de la volonté.

LÉVY a fait ressortir dans sa thèse l'importance de *l'auto-suggestion* sur nos sensations, nos sentiments, nos actes, bref sur tout notre être. Il a démontré que l'idée a une tendance naturelle à devenir sensation, à neutraliser une autre sensation, à se traduire en acte. Il base là-dessus sa théorie de *l'auto-suggestion* : pour faciliter un acte difficile ou pénible, pour faire disparaître une sensation désagréable, ou la changer en sensation agréable il faut se recueillir, et s'affirmer que l'acte à accomplir est beaucoup moins difficile ou ennuyeux que nous nous le figurons ; que ce que nous ressentons, à bien réfléchir, n'a pas la signification pénible que lui donne notre sensibilité exagérée. Il prouve par plusieurs observations, dont quelques-unes sont personnelles, qu'on peut arriver à un résultat efficace.

L'aboulique pourra-t-il avoir recours à cette méthode pour se guérir ? Nous n'osons pas l'espérer. Remarquons, en effet, qu'elle demande, pour l'appliquer dans son intégrité, une *volonté d'attention* développée, une *intelligence* tout au moins moyenne, et une grande *confiance en soi*. Or, il ne faut pas oublier que l'aboulique fixe difficilement son attention, qu'il peut avoir une menta-

lité trop fruste pour avoir recours à cette méthode ; enfin et surtout qu'il manque totalement de confiance en lui. Il ne sait pas se diriger par ses propres moyens, il a besoin sans cesse de l'appui d'une personne étrangère. Il se traitera donc très mal lui-même, et encore plus au moral qu'au physique. L'auto-suggestion peut être excellente pour un individu dont la volonté est suffisamment développée et qui veut la pousser à un plus haut degré ; elle sera bonne aussi pour faciliter un acte désagréable ou faire disparaître des sensations subjectives. Mais elle ne peut rendre la volonté à qui ne la possède plus, puisqu'elle nécessite justement la volonté pour être applicable.

La même observation peut être faite à plus forte raison à la méthode de J. PAYOT. Son procédé, pour développer la volonté, comporte des exercices psychologiques aussi délicats que subtils, s'adressant à une personnalité déjà bien formée, à un pouvoir volontaire déjà suffisant. Elle ne sera donc pas à la portée de l'aboulique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Empruntée à l'ouvrage de RIBOT. *Les maladies de la volonté*).

Voici une observation rapportée par BILLOD, dans les *Annales médico-psychologiques* :

Il s'agit d'un homme de 65 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence développée, surtout pour les affaires, d'une sensibilité médiocre.

Très attaché à sa profession de notaire, il ne se décida à vendre son étude qu'après de longues hésitations. A la suite, il tomba dans un état de mélancolie profonde, refusant les aliments, se croyant ruiné, et poussant le désespoir jusqu'à l'idée du suicide. Laissons parler l'observateur :

« La faculté qui nous a paru le plus notablement altérée, c'est la volonté. Le malade accuse une impossibilité fréquente de vouloir exécuter certains actes, bien qu'il en ait le désir, et que son jugement sain, par une sage délibération, lui en fasse voir l'opportunité, souvent même la nécessité.

« Le malade était enfermé à la maison d'Ivry : il fut décidé qu'il entreprendrait avec M. BILLOD le voyage d'Italie.

« Lorsqu'on lui annonça son prochain départ : « Je ne pourrai jamais, dit-il ; cependant cela m'ennuie. »

La veille, il déclare de nouveau, qu'il ne pourra jamais ! Le jour même il se leva à 6 heures du matin pour aller faire cette déclaration à M. M...

On s'attendait donc à une certaine résistance ; mais, lorsque je me présentai, il ne fit pas la moindre opposition ; seulement, comme il sentait sa volonté prête à lui échapper : « Où est le fiacre, dit-il, que je me dépêche d'y monter. »

A Marseille, le malade devait, avant de s'embarquer, faire une procuration pour autoriser sa femme à vendre une maison. Il la rédige lui-même, la transcrit sur papier timbré et s'apprête à la signer, lorsque surgit un obstacle sur lequel nous étions loin de compter. Après avoir écrit son nom, il lui est impossible de parapher. C'est en vain que le malade lutte contre cette difficulté. Cent fois au moins, il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier, les mouvements nécessaires à cette exécution, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main ; cent fois la volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts d'appliquer la plume sur le papier. Il sue sang et eau ; il se lève avec impatience ; frappe la terre du pied, puis se rassied et fait de nouvelles tentatives : la plume ne peut toujours pas s'appliquer sur le papier.

Niera-t-on ici que M. P... ait le vif désir d'achever sa signature et qu'il comprenne l'importance de cet acte ? Niera-t-on l'intégrité de l'organe chargé d'exécuter le paraphe ? L'agent paraît aussi sain que l'instrument ; mais le premier ne peut s'appliquer sur le second. La volonté fait évidemment défaut.

Cette lutte a duré trois quarts d'heure ; cette succession d'efforts a enfin abouti à un résultat dont je désespérais : le

paraphe fut très imparfait, mais il fut exécuté. J'ai été témoin de cette lutte; j'y prenais le plus vif intérêt, et je déclare qu'il était impossible de constater plus manifestement une impossibilité de vouloir malgré le désir.

Je constatais quelques jours après une impossibilité du même genre. Il s'agissait de sortir un peu après le dîner. M. P... en avait le plus vif désir; il eût voulu, me dit-il, avoir une idée de la physionomie de la ville. Pendant cinq jours de suite, il prenait son chapeau, se tenait debout et se disposait à sortir; mais vain espoir, sa volonté ne pouvait ordonner à ses jambes de se mettre en marche, pour le transporter dans la rue « Je suis évidemment mon propre prisonnier, disait le malade, ce n'est pas vous qui m'empêchez de sortir, ce ne sont pas mes jambes qui s'y opposent : Qu'est-ce donc alors ? M. P... se plaignait ainsi de ne pouvoir vouloir, malgré l'envie qu'il en avait. Après cinq jours enfin, faisant un dernier effort, il parvint à sortir et rentre cinq minutes après, suant et haletant comme s'il eût franchi en courant plusieurs kilomètres et fort étonné en même temps de ce qu'il venait de faire.

Les exemples de ces impossibilités se reproduisaient à chaque instant. Le malade avait-il le désir d'aller au spectacle, il ne pouvait vouloir y aller; était-il à table, à côté de convives aimables, il eût voulu prendre part à la conversation, mais toujours la même impuissance le poursuivait. Il est vrai que souvent cette impuissance n'existait qu'en appréhension; le malade craignait de ne pas pouvoir et cependant il y parvenait, même plus souvent qu'il ne l'appréhendait; mais souvent aussi, il faut le dire, ses appréhensions étaient légitimes.

Après six jours passés à Marseille, le malade et le médecin s'embarquèrent pour Naples; mais ce ne fut pas sans une peine

inouïe... Pendant six jours, le malade exprima formellement le refus de s'embarquer et le désir de retourner à Paris; s'effrayant à l'avance à l'idée de se trouver avec sa volonté malade, dans un pays étranger, déclarant qu'il faudrait le garrotter pour le conduire. Le jour du départ, il ne se décida à sortir de l'hôtel que quand il me crut décidé à faire intervenir un appareil de force; était sorti de l'hôtel, il s'arrêta dans la rue, où il fut resté sans doute, sans l'intervention de quelques mariniers, qui n'eurent d'ailleurs qu'à se montrer.

Une autre circonstance tend à faire ressortir encore davantage la lésion de la volonté. Nous arrivâmes à Rome, le jour même de l'élection de Pie IX. Mon malade me dit. » Voilà une circonstance que j'appellerais heureuse, si je pouvais sortir. Je voudrais pouvoir assister au couronnement, mais je ne sais si je pourrai; j'essaierai. Le jour venu, le malade se lève à 5 heures, tire son habit noir, se rase, etc... et me dit : « Vous voyez, je fais beaucoup, je ne sais encore si je pourrai. » Enfin à l'heure de la cérémonie, il fit un grand effort et parvint à grand'peine à descendre. Mais, dix jours après, à la fête de saint Pierre, les mêmes préparatifs, les mêmes efforts, n'aboutirent à aucun résultat : « Vous voyez bien, dit le malade, je suis toujours mon prisonnier; ce n'est pas le désir qui me manque, puisque je me prépare depuis trois heures; me voici habillé, rasé et ganté, et voilà que je ne peux plus sortir d'ici. » En effet, il lui fut impossible de venir à la cérémonie. J'avais beaucoup insisté, mais je n'ai pas cru devoir le forcer.

Je terminerai cette observation par une remarque : c'est que les mouvements instinctifs de la nature, ceux qui échappent à la volonté proprement dite, n'étaient pas entravés chez notre malade, comme ceux qu'on peut appeler ordonnés.

C'est ainsi qu'en arrivant à Lyon, au retour, notre malle-poste passa par-dessus une femme que les chevaux avaient renversée. Mon malade recouvra toute son énergie et sans attendre que la voiture fût arrêtée, rejeta son manteau, ouvrit la portière et se trouva le premier descendu près de cette femme. »

L'auteur ajoute que le voyage n'eut pas l'efficacité qu'il supposait ; que le malade se trouvait mieux cependant en voiture, surtout quand elle était dure et la route mauvaise ; qu'enfin le malade rentra dans sa famille, à peu près dans le même état.

OBSERVATION II

(Cabadé. *Encéphale*, 1882.)

Il s'agit d'un homme de 34 ans, M. X..., d'un tempérament bilieux-nerveux.

... Il a été atteint en 1871 pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu. La maladie a paru de nouveau en 1872. Cette seconde atteinte fut assez violente... il y avait constamment menaces de complications cérébrales qui ne se sont jamais produites.

La guérison de cette attaque de rhumatisme fut longue et pénible... La convalescence s'achevait à peine quand M. X... commença à présenter des troubles intellectuels bizarres. Il se lavait les mains cinquante, cent fois par jour et quelquefois plus souvent encore ; chaque fois qu'il touchait un objet quelconque c'était un nouveau lavage.

... Au commencement de 1877...se montrèrent d'autres troubles dans la sphère de la volonté. M. X... ne pouvait pas se décider à franchir une porte ; il faisait plusieurs tentatives infruc-

tueuses avant d'y parvenir, souvent même les personnes de sa famille étaient obligées de l'encourager de la voix et du geste.

Cette difficulté à accomplir un acte voulu ne tarda pas à s'accroître et à se systématiser.

Depuis cette époque, M. X..., ne peut pas accomplir les actes de la vie ordinaire, même les plus simples qu'après de longues hésitations, et lorsqu'il les a exécutés il les répète un grand nombre de fois de suite. Par exemple, est-il assis, s'il veut changer de place, il se lève puis se rasseoit, puis se relève, et ainsi dix, quinze, vingt fois. Étant à la promenade, rencontre-t-il sur le chemin un arbre, une pierre, il s'arrête devant, rebrousse chemin, puis reprend sa marche dans la direction primitive, enfin revient, et ainsi dix, vingt fois avant de pouvoir dépasser l'obstacle imaginaire. Souvent, pour aller au delà de l'arbre ou de la pierre qu'il a rencontré, M. X... est obligé de se mettre à courir. Quelquefois même, craignant d'avoir mal franchi l'obstacle, il revient sur ses pas et alors se renouvellent les mêmes hésitations que quelques instants auparavant. C'est ainsi qu'un jour, étant entré dans le cabinet de M. Ball, il ressortit vite en disant : « je craignais d'être mal entré ! »

... Chose remarquable, quand M. X... se voit observé, quand il se trouve avec des personnes auxquelles il craint de laisser une fâcheuse impression, son attitude se modifie du tout au tout. Les hésitations dont je viens de parler disparaissent comme par enchantement, et tous les mouvements du malade deviennent précis et coordonnés. Mainte fois je l'ai vu dans un salon sans qu'il me fût possible d'apercevoir le moindre vestige de sa maladie. Loin de là, sa conversation est agréable et il possède même à un très haut degré le don des réparties vives et spirituelles, il est plein de gaieté, d'entrain, et personne ne se dou-

terait du défaut d'équilibre qui existe dans ses facultés intellectuelles.

Il y a de cela deux ans, M. X..., se trouvait astreint par son âge à faire son service militaire de vingt-huit jours... il ne savait comment il pourrait vivre de la vie de caserne avec sa maladie. Il me pria de vouloir bien faire en sorte de le faire exonérer de cette corvée. A quelque temps de là, le hasard d'une consultation réunit chez moi deux médecins de l'hôpital d'A... qui avaient à se prononcer, après examen, sur le bien-fondé des demandes de dispense du service militaire.

J'exposai le cas à mes confrères, et pour leur donner le loisir d'examiner le malade, je priai celui-ci de déjeuner avec nous. Pendant tout le temps du repas, et pendant les instants qui le suivirent, M. X... fut absolument charmant et fort aimable, causa avec esprit et n'hésita dans aucun de ses actes, si bien que, lorsqu'il eût pris congé de nous, mes confrères me demandèrent si j'avais voulu les mystifier. Pour toute réponse j'ouvris les fenêtres de mon cabinet qui donnent sur le boulevard par où devait passer M. X... ; et là nous le vîmes en proie à une agitation incroyable : il ne pouvait pas dépasser un arbre sans s'y prendre à plusieurs fois ; l'ombre projetée par les maisons ou par les arbres, une pierre, un objet quelconque étaient des sujets d'arrêt ; il fallait revenir en arrière deux, trois, dix fois, pour prendre la course, pour franchir l'obstacle imaginaire, puis, après l'avoir franchi, recommencer soit pour le même objet, soit pour un autre.

...Plus la contrainte de M. X..., a été longue et complète, plus les mouvements qui la suivent sont pénibles et caractérisés par l'hésitation la plus marquée. Les émotions morales, comme tout ce qui distrait M. X... de ses préoccupations, font disparaître

ses hésitations... La conclusion d'un marché en une question qui touche à ses intérêts rend momentanément l'équilibre parfait à ses facultés.

OBSERVATION III

Colite muco-membraneuse. Hémorroïdes. Hypochondrie.

Timidité. Indécision. Aboulie. Doute.

(Fragment extrait de l'ouvrage de P. Janet.

Obsessions et Psychasténie, observation VII, tome II.)

... Ce garçon a toujours été un névropathe ; dès son enfance il avait à propos de quelques émotions des sortes de crises nerveuses qui allaient presque jusqu'à la perte de connaissance. Vers l'âge de 13 ans il a fait, paraît-il, une chute du haut d'un échafaudage. Il croit s'être blessé le ventre et c'est à cette blessure imaginaire qu'il attribue la maladie (entérocolite muco-membraneuse) dont il souffre encore à 26 ans. Cette recherche d'un accident lointain nous montre l'attention extrême qu'il accorde à tous ses phénomènes morbides, à l'inverse de bien des malades qui ne s'en préoccupent pas... C'est évidemment un hypochondriaque... Mais il y a plus à remarquer : ce garçon se présente avec un aspect bizarre. Il est préoccupé, démesurément inquiet, et surtout timide. Il reconnaît lui-même qu'il a toujours eu un caractère bizarre ; il nous décrit son indécision extraordinaire : « Je ne sais jamais ce que je veux, je ne puis jamais rien faire, je n'ose rien commencer. Il me faudrait un temps énorme pour prendre la plus petite décision, et alors l'occasion est passée. » Dès qu'il a fait une action, il se demande s'il la regrette, si elle est bien faite, il voudrait ou la recom-

mencer ou n'avoir rien fait ; il est de ces gens qui restent indéfiniment devant la boîte aux lettres, désespérés de ne pas rattraper leur lettre, à la fois désolés de l'avoir envoyée et incertains s'ils l'ont réellement envoyée. C'est une faiblesse, une instabilité cérébrale qui le rend très malheureux.

Une pareille instabilité qui peut prendre toutes les formes du délire du doute, du scrupule, se rattache aux insuffisances de la volonté qui sont elles-mêmes sous la dépendance d'un fonctionnement cérébral insuffisant... C'est une insuffisance nerveuse qui est le fait primitif, bien qu'elle ne se manifeste ici que par des troubles grossiers de la sensibilité objective.

C'est donc contre l'insuffisance nerveuse qu'il faut dans ce cas particulier diriger le traitement, bien plus que contre la constipation, et le malade en a fait dernièrement la remarque bien nette. Il a été à la campagne et il s'est mis à labourer, à faire des exercices violents. Il s'est senti à la fois plus énergique moralement et moins constipé. Le travail physique au grand air a eu plus d'effet que toutes les précautions inspirées par l'hypochondrie.

OBSERVATION IV

(Empruntée également à l'ouvrage de P. Janet.)

Indécision. Conservation de l'intelligence.

Voici une femme de 51 ans, dont l'état est peut-être aggravé en ce moment par la ménopause, mais qui a toujours eu le même caractère depuis sa jeunesse. « Je ne pouvais, nous dit-elle, jamais prendre une décision ; je restais des heures dans l'indécision à propos du moindre bibelot. » Elle a toujours vécu de

la sorte d'une existence inactive et misérable ; maintenant les choses s'aggravent un peu ; elle semble avoir une paresse énorme, ne peut plus se tirer du lit, et reste toute la journée sans rien faire. Remarquez toujours que l'intelligence proprement dite est intacte : cette femme n'a jamais été très intelligente, mais elle continue à s'exprimer suffisamment bien, à décrire son état, et elle est la première à reconnaître l'absurdité de sa paresse, elle la déplore ; elle sait bien que c'est pour elle l'origine d'une foule d'ennuis « mais cela ne me sert à rien, de savoir que je suis bête de rester couchée et de ne rien faire ; j'ai beau me le reprocher, me traiter de misérable, j'arrive seulement à me rendre très malheureuse, à me sentir désespérée et tout à fait perdue ; cela ne me fait pas faire mieux ma besogne. » Remarquez encore qu'au lieu de faire l'action elle a, si elle insiste, des désespoirs, des souffrances ; nous croyons que c'est là en germe le phénomène des angoisses.

Le traitement n'est pas facile dans la situation où se trouve la pauvre femme ; conseillons-lui de ne pas céder à la boulimie qui la tourmente comme il arrive quelquefois chez ces malades qui se sentent faibles ; une alimentation modérée sera bien mieux digérée ; tâchons de lui procurer quelque repos et quelques encouragements, et il est probable que la fin de la ménopause apportera du soulagement.

OBSERVATION V

(Empruntée à l'ouvrage de P. Janet.)

*Incontinence d'urine, bégaiement, abandon de tout travail,
doute, crainte de toute responsabilité...*

... Le malade... n'a pas, ou du moins nous ne lui connaissons pas d'antécédents héréditaires bien nets ; il est probable que

les parents avaient déjà un caractère analogue, et que ce caractère s'est exagéré au cours de plusieurs générations au point de constituer une véritable maladie chez le dernier descendant...

Ce malade a eu de l'incontinence d'urine nocturne jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans. Puis, quand cette incontinence a cessé, il s'est mis à bégayer d'une manière très pénible. Ce bégaiement a diminué à partir de l'âge de 22 ans, c'est-à-dire au moment où d'autres troubles commençaient à se développer. Il n'a complètement disparu qu'à l'âge de trente ans. On dirait que ces troubles se remplacent les uns par les autres et qu'il y a de véritables équivalences.

A l'âge de vingt ans, ayant fait quelques études de droit et n'étant pas sans capacité, Ly... entra comme clerc dans une étude d'avoué. Il réussissait dans cette position, le travail ne lui déplaisait pas et il lui procurait une aisance agréable. Eh bien, voici dix-huit ans que Ly... a quitté cette position qui lui plaisait et qu'il n'en a repris aucune autre. Les quelques ressources qu'il peut avoir sans travailler sont extrêmement misérables et ne lui permettent qu'une vie des plus pénibles, le manque d'occupations et de distractions lui est très cruel, et cependant il préfère rester sans rien faire.

Pourquoi a-t-il quitté sa maison et pourquoi a-t-il adopté ce genre de vie ?

LE MALADE. — Parce que je trouvais trop grave et trop pénible d'avoir une responsabilité. Il me fallait recopier des actes, en signer d'autres, faire des calculs, il me semblait que j'aurais pu me tromper. Il me fallait prendre des décisions, entreprendre tel travail ou tel autre, je ne pouvais m'y décider. Ce n'est pas précisément le travail qui me déplaît, je souffre de rester sans occupation, c'est de me décider à le faire.

— Mais dites-nous ce qui rendait les décisions si pénibles si difficiles ? Aviez-vous des peurs, des angoisses qui vous empêchaient de prendre une résolution ?

LE MALADE. — Non, pas précisément, parce que je suis parti à temps ; je me sentais plutôt fatigué qu'angoissé. Je restais indéfiniment devant ma table et mes papiers, sans me décider à les écrire et à les signer et je remettais ma décision au lendemain ; tant que mes résolutions étaient différées j'étais assez tranquille. Je sais bien que s'il fallait me forcer à me décider vite, cela déterminait en moi des tourments et des malaises ; mais cela ne m'est pas arrivé souvent, car peu à peu j'ai renoncé à rien faire, et j'ai renoncé à travailler plutôt que de faire l'effort qui aurait peut-être amené les angoisses dont vous me parlez. Je me suis laissé aller à vivre misérablement mais tranquillement. J'ai bien senti quelquefois que ce n'était pas raisonnable, mais je n'ai jamais pensé que c'était une maladie...

OBSERVATION VI (*Personnelle*).

Z..., étudiant en médecine, 25 ans.

Ses antécédents héréditaires, sans être très chargés méritent cependant d'être notés.

Ses parents sont nerveux, émotifs, impressionnables. Il a un frère qui, sans être neurasthénique au sens propre du mot, est porté à l'hypochondrie ou du moins au pessimisme.

Lui-même a toujours été un névropathe. Tout enfant il présentait des terreurs nocturnes ; il était d'une sensibilité excessive, la moindre observation suffisait à déterminer chez lui des crises de larmes. Il avait par accès des craintes vagues, des anxiétés

irraisonnées, le soir particulièrement, où il lui arrivait fréquemment d'éclater en sanglots en proie à une angoisse inexprimable. Il se laissait aller facilement à de longues rêveries, d'où il était difficile de l'arracher ; puis la réaction se produisait, il devenait exhubérant, il avait des accès de joie aussi irraisonnés que sa tristesse. Parfois, il paraissait si grave, si sérieux, qu'on lui disait en plaisantant « qu'il avait l'air d'un petit homme » ; puis il devenait encore plus enfant que les enfants de son âge. Il éprouvait un désir intense d'affection, de soutien. Dès sa première enfance il avait des phobies, des obsessions qui le rendaient très malheureux ; il était très scrupuleux, craignant toujours de ne pas agir suffisamment bien, et accomplissant ces devoirs avec une conscience exagérée. Il était donc travailleur, mais par accès, et souvent se laissait aller à une paresse morbide. Il était extrêmement timide et avait une peur instinctive des étrangers. En même temps, il avait une ambition extrême, il aurait désiré accomplir des actes de courage et d'abnégation. Il était très orgueilleux et d'une susceptibilité qui obligeait ses parents à des précautions à son égard.

Les défaillances de sa volonté commencèrent à se manifester dès l'âge de 13 ans. Une céphalée de croissance l'empêchait de suivre des cours réguliers, et un ami de sa famille, qui s'intéressait beaucoup à lui, avait consenti à lui donner quelques leçons chaque semaine. Le matin du jour où devait avoir lieu la leçon notre jeune écolier était pris d'une véritable anxiété ; son professeur, pour qui il avait cependant une grande affection, l'intimidait beaucoup. Aussi voyait-il s'écouler avec inquiétude les heures qui le séparaient du moment redouté. Cependant, il ne se faisait pas prier pour partir ; il sentait que c'était son devoir, et il faisait violence à son émotivité exagérée. Arrivé

dans la maison, et devant la porte de l'appartement de son professeur, son angoisse redoublait ; il restait là de longs instants, sans pouvoir se décider à sonner, partagé entre l'envie folle de repartir, et la pensée qu'il devait vaincre cette crainte ridicule. Enfin, prenant tout d'un coup un véritable élan, il se précipitait sur le cordon de sonnette ; il le tirait avec violence ; dès ce moment, avant même qu'il fût en présence de son professeur, son angoisse disparaissait totalement, et elle était remplacée par une sensation de soulagement et de victoire. Il est à remarquer que l'habitude n'avait pu arriver à abolir ou même à diminuer cette crainte, et chaque jour de cours renouvelait chez le jeune garçon les mêmes trances.

Un peu plus tard, sa santé étant un peu ébranlée, ses parents se décident à l'envoyer faire une cure à la campagne. Il accepte tout d'abord cette idée avec plaisir ; mais le moment du départ venu, il ne peut se décider à quitter ses parents, et il est pris d'un accès de désespoir tel qu'on renonce à le faire partir. Mais, il revient bientôt sur lui-même, il est honteux de sa faiblesse et, bien que l'angoisse l'etreigne encore, il demande malgré tout à ses parents de le faire partir.

On le voit, dès cette époque, il y avait en ce jeune homme un singulier mélange de faiblesse et de volonté, d'énergie et d'aboulie. Tantôt c'était son émotivité qui prenait le dessus, tantôt elle était vaincue par le pouvoir volontaire. Nous verrons cette particularité s'accroître encore à mesure qu'il deviendra homme.

Au moment où nous faisons sa connaissance, c'est un jeune homme qui a auprès de ses camarades la réputation d'un être un peu bizarre, à caractère inégal. Tantôt il est gai, exubérant, tantôt au contraire il est abattu et taciturne ; il se renferme en lui-même, il éprouve un besoin intense de solitude, ne veut voir

personne. Il passe des journées à rêver à des choses vagues, dont il ne se rend pas bien compte lui-même. Il trouve la vie monotone et plate, cherche à se créer dans sa solitude un monde factice ; il a des désirs impérieux de changement, de tout ce qui pourrait rompre la monotonie de ses habitudes ; et cependant, dès que celles-ci sont un peu modifiées, il le regrette, et en réalité il a peur de la nouveauté. Il a des caprices irrésistibles, qui pendant quelques jours l'absorbent absolument ; puis, lorsqu'il les a réalisés, il n'y trouve pas le plaisir qu'il se promettait et cherche plus loin. Il est porté à la tristesse, à l'hypochondrie : le moindre obstacle le décourage ; et cependant, comme nous le verrons plus loin, il lutte contre cet obstacle et arrive souvent à le vaincre. Il travaille, mais par à coup, d'une façon discontinue, donnant des coups de collier, qui sont suivis d'une dépression profonde.

Il présente les symptômes physiques de la neurasthénie : fatigue profonde, surtout le matin, au réveil, l'obligeant à prolonger son séjour au lit, sans qu'il ait le courage de faire l'effort nécessaire pour se lever ; et cependant il se promet tous les soirs de se lever de bonne heure le lendemain ; mais ses désirs demeurent sans effets. Si, par un effort violent, il arrive à s'arracher au lit dès son réveil, il demeure inerte pendant quelques heures, et incapable de travailler. L'étude lui est particulièrement pénible, il se met au travail avec difficulté, et s'il fixe un peu trop longtemps son attention, il se sent anéanti. Enfin, il présente les différents stigmates de la neurasthénie, dyspepsie, vertiges, palpitations, etc.

Mais ce qui est surtout intéressant en lui, ce sont les défaillances continuelles de sa volonté, qui se manifestent aussitôt qu'il doit donner un effort qui sort un peu de ses habitudes.

Nous en avons recueilli de nombreux exemples dont nous allons rapporter quelques-uns.

Au début de ses études médicales, il a dû lutter énergiquement pour se résoudre à entrer dans une salle d'hôpital. Il se rendait tous les matins devant la porte de l'hôpital, et restait là une demi-heure ou une heure, ne pouvant se décider à entrer. Il cherchait en vain à stimuler sa volonté, à se faire honte de sa faiblesse. Une force irrésistible l'empêchait de franchir la porte. Il prenait alors la résolution de s'adresser au premier camarade qui passerait, et de lui demander de l'amener de force, Mais au moment de le faire, le courage lui manquait ; et si ses camarades lui demandaient ce qu'il faisait là, pourquoi il n'entrait pas, il répondait « qu'il attendait un ami ». Cela dura jusqu'au jour où un étudiant, comprenant son manège, le poussa littéralement dans l'intérieur de l'hôpital et l'obligea à entrer dans une salle de malades.

Il se décide un jour à aller chez le dentiste ; pour être bien sûr de ne pas changer d'avis, il avertit ses camarades qu'il fera cette visite désagréable le soir même ; par excès de prudence, il écrivit même au dentiste, pour lui fixer l'heure à laquelle il viendra. Toute la matinée se passe dans l'angoisse ; son imagination lui représente les souffrances qui l'attendent, et il fait les prévisions les plus décourageantes. L'heure du rendez-vous arrive ; il se dirige vers la maison du praticien, il monte ; arrivé devant la porte, il est pris de palpitations, de vertiges, et il redescend ; il recommence trois fois ce manège, sans pouvoir se décider. C'est à ce moment que, passant par hasard dans la même rue, nous le rencontrons dans un état d'angoisse extrême, ne voulant pas renoncer à l'effort, et furieux de sa faiblesse ; il nous demande avec instance de monter avec lui, et de sonner nous

même, puisqu'il en est incapable. Nous consentons volontiers à lui rendre ce service. A peine a-t-il franchi la porte que l'angoisse disparaît complètement, et il supporte très courageusement une opération douloureuse.

Voici encore, parmi bien d'autres, un exemple typique des altérations de la volonté, que l'on pouvait remarquer chez cet étudiant :

Il aimait beaucoup la natation, et son exercice favori consistait à plonger d'un tremplin assez élevé; il avait fait très souvent cet exercice devant nous, et sans aucune hésitation, fait important à noter.

Un jour que nous nous dirigeons ensemble vers l'établissement de bains dont nous étions les fidèles habitués, nous rencontrons deux camarades qui se joignent à nous. Désireux d'assister au savant plongeon de notre ami, nous attendons tous trois son entrée en scène. Il se dirige vers le tremplin, très troublé de voir tous ses mouvements ainsi observés. Il prend son élan, mais il s'arrête à moitié chemin, comme si un mur se dressait devant lui; étonné lui-même, il reprend l'élan, et le même phénomène se produit.

Il recommence dix fois le même manège, sans plus de résultat; il frappe du pied, il trépigne, son angoisse est telle que ses yeux sont pleins de larmes; enfin, voyant son impuissance il nous prie de le jeter de force dans l'eau; à ce moment nos deux camarades, qui ne connaissaient pas son état mental, se mettent à rire en le traitant de poltron; alors l'amour-propre le poussant, il fait un effort surhumain sur lui-même, et il parvient à se laisser tomber dans l'eau comme une masse inerte.

Il est inutile de multiplier indéfiniment ces exemples d'aboulie qui se présentaient à chaque instant, tantôt il doit partir

en voyage : trois jours de suite il fait une demi-heure de chemin pour aller à la gare, et arrivé là il ne se décide pas à prendre le train, tantôt il se promène devant le magasin d'un libraire pendant toute une soirée, se demandant s'il va acheter le livre qu'il désire; s'il renonce à son projet, il n'a pas fait quelques pas pour rentrer chez lui, qu'un revirement se produit brusquement; il revient devant le magasin, mais il ne se décide pas à entrer. Il n'a pu arriver à triompher cette fois qu'en employant un moyen détourné, en se trompant lui-même : il remonte lentement le trottoir sur lequel donne le magasin, et arrivé devant la porte, d'un mouvement brusque il tourne le bouton sans se donner davantage le temps de la réflexion.

Nous voyons bien chez cet étudiant ce singulier mélange de volonté et de faiblesse, que nous avons déjà signalé plus haut, et que nous avons voulu étudier plus spécialement sous le nom d'*irrésolution*. Notre ami est bien un aboulique, mais d'une espèce un peu particulière ; il n'est pas arrivé à ce degré d'impuissance que l'on remarque souvent chez ces malades et qui les immobilise devant l'obstacle ; lorsqu'il a pris une décision il y renonce rarement ; il se trace un but dont il ne veut pas démordre, mais il n'arrive pas à ce but sans passer par des transes incroyables. Ses délibérations sont longues et pénibles mais il arrive souvent à se décider, soit par ses propres moyens, soit par des moyens détournés. L'exécution est encore plus pénible, mais plutôt que de renoncer à agir il reconnaît sa faiblesse et appelle quelqu'un à son secours pour suppléer à sa volonté impuissante.

Il a une crainte continuelle de l'insuccès, il n'entreprend pas un acte sans avoir la conviction intime qu'il n'arrivera pas à l'accomplir ; et néanmoins il met tout en œuvre pour y arriver.

Enfin il présente au plus haut degré le regret de l'acte accompli : nous ne l'avons jamais vu content de ce qu'il a fait. Il lui semble toujours qu'il aurait pu faire mieux et plus ; il se méprise profondément, et se compare sans cesse à ses camarades, dont il envie le sort, se considérant comme très malheureux.

Comme tous les abouliques, il est d'une timidité allant jusqu'à la sauvagerie ; aussi n'est-ce pas une tâche facile que de pénétrer dans son intimité ; et cependant, dans le fond il a soif d'amitié, d'affection, de soutien ; mais pour rien au monde il n'en conviendrait. Il est susceptible, croit toujours que l'on se moque de lui, craint démesurément le ridicule, et son respect humain est incroyable.

Il aime la liberté au point de ne pas fréquenter plusieurs jours de suite les mêmes camarades, ce qui lui paraît une atteinte à son indépendance.

Enfin, pour terminer cette observation déjà trop longue, disons que ces symptômes abouliques ne se manifestent pas d'une façon continue : il a de longues périodes de calme, coïncidant avec l'atténuation de ses autres symptômes neurasthéniques ; c'est principalement dans les moments de surmenage intellectuel et moral qu'il redevient le débile à volonté chancelante, désirant beaucoup et pouvant difficilement.

OBSERVATION (*Personnelle*).

M^{lle} X..., 28 ans. Ses antécédents héréditaires sont peu marqués ; il est même à remarquer qu'elle est d'une famille énergique, dont les membres présentent tous une grande force de volonté, associée cependant à une grande impressionnabilité.

Quant à elle, elle a toujours été plus ou moins neurasthénique.

que. Dès son enfance elle était particulièrement portée à l'hypochondrie, aux idées noires. La vie lui paraissait singulièrement triste, et elle était sans cesse découragée, même en face des événements les plus heureux ; il lui semblait toujours « qu'une tuile allait lui tomber sur la tête » inopinément ; elle prévoyait de loin les ennuis et les chagrins ; enfin, comme elle le dit elle-même avec résignation, « elle a passé sa vie à gémir sans raison ».

Actuellement elle est assez débilitée physiquement ; elle a fréquemment des névralgies, des céphalées, et en particulier une dyspepsie tenace, contre laquelle elle ne cherche pas à lutter, en profitant pour s'alimenter d'une façon insuffisante.

D'une intelligence et d'une instruction au-dessus de la moyenne, elle est timide à l'excès, évitant autant que possible toutes les occasions qui pouvaient la mettre en vue, cherchant à s'effacer complètement. Par suite, les actes à accomplir en public lui sont particulièrement pénibles.

Croyante fervente, très portée vers le mysticisme, elle puise dans la religion la force de se tracer un but, qu'elle s'impose d'atteindre par tous les moyens. Lorsqu'elle a pris une décision elle l'abandonne difficilement, s'y cramponne avec ténacité, et cependant, chose incompréhensible au premier abord, elle est irrésolue à un point extrême. En effet, elle a des scrupules continuels, des craintes de ne pas suivre la bonne voie ; et, lorsque sa conscience lui a montré où est le devoir, elle passe par des hésitations interminables avant d'accomplir l'acte désiré. Elle a une crainte incroyable de la responsabilité, et elle arrive rarement à prendre une décision sans l'appuyer sur l'autorité d'une personne étrangère. Elle éprouve le besoin continuels qu'on la guide, qu'on la conseille, qu'on lui dise ce qu'elle doit faire.

Elle ne peut rien entreprendre sans se dire que ce sera un effort inutile, qu'elle n'arrivera pas. Mais, le phénomène le plus saillant de son aboulie, c'est le regret de l'acte accompli ; elle passe sa vie à se dire : « je n'aurais pas dû faire ceci, il aurait mieux valu agir de telle manière... pourquoi n'est-ce pas à refaire... que je suis donc malheureuse de ne jamais savoir ce que je veux !... »

Non seulement elle regrette ce qu'elle a fait mais même avant d'agir elle prévoit, quoi qu'elle décide, qu'elle en sera toujours mécontente.

Un exemple suffira à nous faire connaître jusqu'où peut aller son évolution : elle doit aller faire une visite ennuyeuse et délicate ; elle passe une semaine à réfléchir, et, après avoir passé par les avis les plus contraires, elle croit être définitivement décidée. Elle se prépare à partir, la voiture l'attend, mais à ce moment l'indécision reparaît brusquement, tantôt elle veut renoncer à son voyage, et elle demande qu'on donne contre-ordre au cocher ; puis, un revirement se produit, elle a honte de sa faiblesse et elle veut partir. L'indécision se prolonge une demi-heure, s'accompagnant d'une angoisse et d'une hésitation très pénible. Enfin, désolée et convaincue de son impuissance à se déterminer d'elle-même, elle s'adresse à son entourage, disant : « Je vous en prie, dites-moi de partir ou de rester ; obligez-moi à monter en voiture ou enfermez-moi dans ma chambre ! »

On l'oblige à partir ; elle fait un trajet long et fatigant, et arrive dans la ville qui est le but de son voyage. Malgré son appréhension, disproportionnée à l'acte qu'elle doit accomplir, dont son imagination grossit énormément les difficultés, elle se traîne avec effort jusque devant la maison où on l'attend. Mais

là, son reste d'énergie l'abandonne; malgré tout son désir et ses exhortations, il lui est impossible de franchir le seuil de la porte. Elle passe toute la soirée à parcourir le quartier, revenant sans cesse à son point de départ; un obstacle invincible l'empêche d'accomplir l'acte qu'elle a décidé, et cependant elle ne veut pas abandonner la partie, et elle ramène malgré tout sa volonté impuissante devant la difficulté à franchir. Sa ténacité est enfin récompensée, et après de longues heures de lutte angoissante elle arrive à triompher.

Nous voyons donc, dans cette observation comme dans la précédente, un mélange singulier d'hésitation et de décision, de faiblesse et d'énergie. Le sujet agit en tremblant, en souffrant, mais il agit. Il triomphe de son émotivité, de son affaiblissement volontaire.

Ainsi la personne dont nous venons d'analyser l'état mental, présente une impressionnabilité extrême, qui tout d'abord lui faisait fuir avec horreur la vue d'un malade; elle a voulu vaincre cette répulsion, et elle y est arrivée après avoir livré un véritable combat contre sa sensibilité.

Mais, comme chez tous les neurasthéniques, elle a besoin pour triompher d'être soutenue, de ne pas être seule à supporter la responsabilité de ses actes; et ce soutien elle le trouve dans la religion, dont nous avons signalé plus haut l'action puissante sur la volonté des croyants.

CONCLUSIONS

1° Le neurasthénique peut présenter des altérations de la volonté, caractérisées par l'impuissance à vouloir, à se déterminer à l'acte et à l'exécuter, bien que l'intelligence conçoive l'action à accomplir et que le sujet ait le désir de la réaliser. On donne à cette impuissance le nom d'*aboulie*.

2° On peut expliquer l'aboulie, suivant les cas, soit par un *trouble de la réaction centrale* soit par un *affaiblissement du pouvoir de synthèse*.

3° La neurasthénie comprend des syndromes très dissemblables, classés différemment suivant les auteurs.

4° On peut distinguer différents degrés dans l'aboulie neurasthénique :

Le degré le plus simple est constitué par l'*irrésolution* ou diminution du pouvoir volontaire. Elle est caractérisée par la longueur de la délibération, les hésitations et l'angoisse qui l'accompagnent, et la difficulté de l'exécution. L'irrésolu peut lutter contre les défaillances de sa volonté et triompher ; mais il a souvent besoin,

pour le soutenir dans sa lutte, d'un appui extérieur.

Au degré extrême, l'aboulie est caractérisé par l'*abolition plus ou moins complète de la volition*; le malade est incapable de réagir contre sa faiblesse.

Les deux formes sont reliées par des transitions insensibles.

5° A côté de l'aboulie neurasthénique, il existe d'autres *variétés* d'altérations de la volonté ; elles diffèrent de la première par des caractères assez nets.

Le paresseux est parfois un aboulique neurasthénique.

Le mélancolique, le morphinomane, qui ne veulent plus, doivent être différenciés du neurasthénique, qui ne peut plus.

L'alcoolique, l'hystérique sont plutôt des capricieux que des abouliques.

6° Le pronostic, favorable dans l'irrésolution, est moins bon chez l'aboulique impuissant, dont l'état mental est plus difficilement modifiable.

7° Le traitement s'adressera simultanément au physique et au moral.

La physiothérapie permettra de lutter avec succès contre les troubles physiques de la neurasthénie.

La psychothérapie demandera de la part du médecin des connaissances étendues en psychologie, de la prudence, de la patience et une grande persévérance. Le traitement sera lent et graduel.

La première indication consistera dans l'isolement du malade qui devra avoir en son médecin une confiance absolue, et un espoir ferme dans la guérison.

On ne raisonnera les troubles psychiques du malade que lorsqu'il sera capable de réagir.

On commencera alors à exercer sa volonté très graduellement, et on aura recours en dernier lieu à la stimulation morale.

Vu : le Président de thèse

JOFFROY

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARNDT. — Die Neurasthénie Leipzig, 1885. Analyse. *Revue de médecine*, 1887.
- ASIENFELD et HUCHARD. — Traité de névroses. Paris, 1883.
- BAILLARGER. — De l'état désigné sous le nom de stupidité. *Annales médico-physiologiques*, 1843-1859.
- BAIN. — Émotions et volonté.
- BALL. — Traité de médecine mentale, 1880.
 - Ischémie cérébrale fonctionnelle *Encéphale*, 1881.
 - Morphinomanie, 2^e édition, 1890.
- BALLET. — Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés.
 - Traité de médecine mentale.
- BEARD. — A practical treatise ou Nervous Exhaustion (Nairastheina).
- BILLOD. — Maladies de la volonté. *Annales médico-psychologiques*, 1847, tome II.
- BLOM. — Physical impotence. *Ann. Prac. tand Non.*, Lionsville, 1889.
- BORDANIÈS. — Contribution à l'étude de la Neurasthénie. *Thèse de Bordeaux*, 1888-1889.
- BOUCHUT. — Nervosisme, Paris 1860.
- BOUVERET. — La Neurasthénie. Épuisement nerveux, 2^e édit., Paris, 1891.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUEL. — Traité de Pathologie interne. Tome X, art. Neurasthénie. Mélancolie. Dégénérescence mentale.
- CHARCOT. — Paralysies psychiques, œuvres complètes. Tome III.

- COLARD. — De l'aboulie et de l'inhibition en médecine mentale. *Société de psychologie physiologique*, 1886.
- DESCHAMPS. — Les maladies de l'Énergie. Paris, 1907.
- DEJERINE. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
- DUBOIS. — Les psycho-névroses et leur traitement moral. *Leçons faites à l'Université de Berne*, 1905.
- Education de soi-même (1908).
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, 2 volumes. Paris, 1838.
- FALRET (J.). — Études cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1890.
- Obsessions avec conscience. *Congrès international de médecine mentale*, 1889.
- FERRARINI. — Aboulie cyclique d'origine psychasténique, 1900. Page 1108.
- FRANZ-MULLER. — Handbuch der Neurasthénie Leipzig, 1892.
- GLEY, RICHET ET RONDEAU. — Notes sur le haschich. Société de psychologie psychologique. *Bulletin*, 1885.
- GILLES DE LA TOURETTE. — États neurasthéniques, 1898.
- GUILLAIN. — Leçons orales sur les phrénopathies. 3^e vol., Gand 1853.
- HUCHARD. — Traité des névroses, 1883.
- JANET (Pierre). — Sur un cas d'aboulie. *Revue de philosophie*, mars et avril 1891.
- Psychoses et idées fixes. Paris, 1898.
- Obsessions et psychasthénie. Tomes I et II.
- LANGLE. — De l'action d'arrêt ou d'inhibition dans les phénomènes psychiques. *Thèse de Paris*, 1885-86.
- LANTIERES. — Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit. *Thèse de Paris*, 1884-85.
- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. *Thèse de Paris*, 1885-86.
- LEMOINE. — Pathogénie et traitement de la neurasthénie. *Annales médico-psychologiques*, 1888.
- LERMOYEZ. — Aboulie systématisée. *Revue neurologique*, 1899¹ page 266.
- LEUBUSCHER. — Abolition de la volonté. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*.
- LEURET. — Fragments psychologiques sur la folie. Paris, 1838.
- LEVILLAIN. — La neurasthénie. Paris, 1891 (Bibliographie complète de la neurasthénie).
- LEVY. — Education de la volonté. *Thèse de Paris*, 1898.
- LUTS. — Obsessions pathologiques. *Encéphale*, 1886.

- MAURICE DE FLEURY. — Etat mental du neurasthénique et son traitement. *Bulletin de thérapeutique*, 1900.
- MAGNAN. — Folie héréditaire. Société médico-psychologique. *Annales*, 85-86, et *Progrès médical*, 1886.
- MATHIEU. — Neurasthénie, épuisement nerveux, 1892. Collection Charcot-Debove.
- MOREL. — Délire émotif. *Archives générales de médecine*, 1866.
- MOSSO. — La Peur. Traduction française, 1886.
- MOURRE. — Les causes psychologiques de l'aboulie. *Revue philosophique*, tome II, page 277.
- OTS. — Aboulie post-hypnotique, 1903, page 591.
- QUINCEY. — Confession of an english opium coter. London, 1866.
- PAULHAN. — L'activité mentale et les éléments de l'esprit. Paris, 1889.
- La volonté, 1903.
- PAYOT (Jules). — Éducation de la volonté.
- PICHON. — Morphisme. Paris, 1890.
- PITRES. — Neurasthénie. *Écho médical*, 1889.
- RAYMOND ET ARNAUD. — Sur certains cas d'aboulie. *Annales medico-psychologiques*, 1892.
- RAYMOND. — Névroses et Psycho-névroses. Paris, 1907.
- REGIS. — Exposé d'un classement méthodique des maladies mentales. *Société de médecine mentale de Belgique. Bulletin*, 1888.
- RÉGIS. — Traité pratique de médecine mentale, 2^e édition.
- RIBOT. — Maladies de la volonté. Paris, 6^e édition, 1889.
- RIBOT. — Maladies de la personnalité. Paris, 3^e édition, 1889.
- RIBOT. — Maladies de la mémoire. Paris, 6^e édition, 1889.
- RIVIÈRE. — Contribution à l'étude clinique des aboulies et en particulier de l'aboulie neurasthénique. *Thèse de Paris*, 1891.
- RODET. — Action nerveuse d'arrêt ou d'inhibition. *Thèse d'agrégation*, 1886.
- VIBERT. — Traité de médecine légale. Paris, 1903.
- VEIR MITCHELL. — Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie.

